



Hôpital  
**NOVO**  
Nord-Ouest Val-d'Oise

# REGLEMENT INTERIEUR

## HOPITAL NOVO

6 avenue de l'Île-de-France – CS 90079 Pontoise  
95303 CERGY-PONTOISE CEDEX  
01.30.75.40.40

# SOMMAIRE

<b>PREAMBULE .....</b>	<b>7</b>
<b>PARTIE I - DISPOSITIONS GENERALES.....</b>	<b>8</b>
<b>SECTION 1 – L’HOPITAL NOVO .....</b>	<b>8</b>
Article 1. Création de l’ Hôpital novo .....	8
article 2. l’hôpital Novo, établissement public de santé.....	8
Article 3. Les missions et obligations de l’hôpital novo .....	8
<b>SECTION 2 – INSTANCES DECISIONNAIRES.....</b>	<b>9</b>
Article 4. Le Conseil de Surveillance .....	9
Article 5. Le Comité des élus .....	12
Article 6. Le Directoire .....	13
Article 7. Le Directeur .....	14
Article 8. L’Administrateur de garde .....	17
<b>SECTION 3 – INSTANCES CONSULTATIVES .....</b>	<b>17</b>
Article 9. Commission médicale établissement.....	17
Article 10. Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.....	21
Article 11. Comité Social d’Etablissement (CSE).....	22
Article 12. LES FORMATIONS SPECIALISEES EN SANTE, SECURITE ET CONDITIONS DE TRAVAIL (F3SCT).....	24
Article 13. Les Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL.) et la Commission Consultative Paritaire (CCP) .....	28
Article 14. La commission des usagers locale (CDU) .....	29
Article 15. Les autres instances consultatives .....	30
<b>SECTION 4 - ORGANISATION DES SOINS .....</b>	<b>31</b>
Article 16. Structures médicales.....	31
Article 17. Chef de pôle.....	32
Article 18. Cadre supérieur de santé du pôle.....	32
Article 19. Directeur référent de pôle .....	33
Article 20. La contractualisation interne.....	33
Article 21. Chef de service ou Responsable de structure interne .....	33
Article 22. Dispositions spécifiques aux pharmaciens chefs de service .....	34
Article 23. Autonomie des professionnels.....	34
Article 24. Permanence des soins.....	34
Article 25. Coordination des soins dispensés aux patients.....	35
Article 26. Services de soins .....	35
<b>SECTION 5 - SECURITE ET HYGIENE .....</b>	<b>35</b>
Article 27. Finalité et portée des règles.....	35
Sous-Section 1 : La Sécurité Générale.....	36
Article 28. Accès à l’hôpital.....	36
Article 29. Calme au sein de l’hôpital.....	36
Article 30. Sécurité générale.....	36
Article 31. Matériels de sécurité générale.....	37
Article 32. Règles de responsabilité.....	37
Article 33. Rapports avec l’autorité judiciaire.....	37
Article 34. Rapports avec les autorités de police.....	37
Sous-section 2 : La sécurité de fonctionnement .....	38
Article 35. Gestion des risques.....	38
Article 36. Personnel technique et continuité du service .....	38
Article 37. Sécurité incendie .....	38
Article 38. Interdiction de fumer .....	39
Sous-section 3 : La circulation et le stationnement automobile .....	39
Article 39. Nature de la voirie hospitalière.....	39
Article 40. Règles applicables.....	39
<b>SECTION 6 - AMELIORATION DE LA QUALITE .....</b>	<b>40</b>
Article 41. Mise en œuvre de la politique qualité .....	40
Article 42. Organisation de la démarche de certification .....	41

<b>PARTIE II. CONSULTATION ET HOSPITALISATION .....</b>	<b>42</b>
<b>SECTION 1 - PRINCIPES REGISSANT L'ACCES AUX SOINS .....</b>	<b>42</b>
Article 43. Droit à la prévention et aux soins .....	42
Article 44. Libre choix du patient.....	42
Article 45. Accueil des patients – Accès aux soins des personnes démunies .....	42
<b>SECTION 2 - CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES .....</b>	<b>43</b>
Article 46. Public concerné .....	43
Article 47. Conditions d'accueil .....	43
<b>SECTION 3 - ADMISSION EN HOSPITALISATION .....</b>	<b>43</b>
Article 48. Décision d'admission .....	43
Article 49. Formalités administratives .....	43
Article 50. Dépôts et restitution des valeurs .....	44
Sous-section 1 : Admission : Information de la famille – Personne à prévenir – Secret de l'admission – Livret d'accueil .....	45
Article 51. Information de la famille .....	45
Article 52. La personne à prévenir.....	45
Article 53. Secret de l'admission .....	45
Article 54. Livret d'accueil.....	46
Sous-section 2 : Modes d'admission .....	46
Article 55. Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation .....	46
Article 56. Admission programmée.....	46
Article 57. Admission directe dans un service .....	46
Article 58. Admission à la suite d'un transfert.....	46
Sous-section 3 : Hospitalisation en psychiatrie et Structures alternatives à l'hospitalisation .....	47
Article 59. Les modes d'hospitalisation en psychiatrie .....	47
Article 60. Structures alternatives à l'hospitalisation à temps complet.....	48
<b>SECTION 4 - ACTIVITE LIBERALE DES MEDECINS AU SEIN DE L'HOPITAL .....</b>	<b>48</b>
Article 61. Organisation de l'activité libérale .....	48
Article 62. Exercice de l'activité libérale .....	48
<b>SECTION 5 - ACCUEIL EN URGENCE .....</b>	<b>49</b>
Article 63. Organisation de la prise en charge en urgence .....	49
Article 64. Cas des patients amenés par la police en urgence .....	50
Article 65. Intervention des personnels à proximité immédiate du site hospitalier .....	50
Article 66. Plan d'accueil des patients ou blessés en urgence.....	50
Article 67. Information sur les patients hospitalisés en urgence .....	50
<b>SECTION 6 - DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX PATIENTS MINEURS .....</b>	<b>511</b>
Article 68. Garde et protection des mineurs .....	511
Article 69. Consultations pour mineurs .....	51
Article 70. Admission des patients mineurs .....	51
Article 71. Mineurs reçus en urgence.....	52
Article 72. Accompagnement des enfants en hospitalisation .....	533
<b>SECTION 7 - DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX FEMMES ENCEINTEES .....</b>	<b>53</b>
Article 73. Admission en maternité.....	53
Article 74. Accouchement sous anonymat- Accès aux origines personnelles .....	53
Article 75. Admission des femmes pour une interruption de grossesse .....	544
<b>SECTION 8 - DISPOSITIONS PARTICULIERES A D'AUTRES PATIENTS .....</b>	<b>54</b>
Article 76. Patients étrangers.....	555
Article 77. Militaires et victimes de guerre.....	555
Article 78. Patients gardés à vue et détenus .....	55
Article 79. Toxicomanes (cure de désintoxication) .....	566
Article 80. Personnes victimes de violences conjugales .....	56
<b>PARTIE III. DROITS DU PATIENT, INFORMATION ET SOINS.....</b>	<b>57</b>
<b>SECTION 1 - LA GESTION DES RECLAMATIONS.....</b>	<b>57</b>
Article 81. La réclamation orale .....	57
Article 82. La réclamation écrite à caractère non indemnitaire (dite simple).....	57
Article 83. La réclamation écrite à caractère indemnitaire relative à un dommage matériel.....	57
Article 84. La réclamation à caractère indemnitaire relative à un dommage corporel/bris dentaire .....	57
Article 85. La réclamation portant sur la facturation.....	58
<b>SECTION 2 - LA MEDIATION.....</b>	<b>58</b>

Article 86. Le rôle du médiateur.....	58
Article 87. Les modalités de saisie.....	58
<b>SECTION 3 – CONSENTEMENT, REFUS DE SOINS.....</b>	<b>59</b>
Article 88. désignation de la personne de confiance.....	59
Article 89. La désignation de la personne à prévenir.....	59
Article 90. La rédaction des directives anticipées.....	60
Article 91. Le droit à l’information du patient majeur.....	61
Article 92. L’entretien individuel.....	622
Article 93. Le droit au consentement du patient majeur.....	62
Article 94. Le refus de soins du patient majeur.....	62
<b>SECTION 4 - L’ACCES AU DOSSIER MEDICAL.....</b>	<b>63</b>
Article 95. Le contenu minimal du dossier médical.....	63
Article 96. Les modalités d’accès.....	63
Article 97. Les modalités de retrait.....	655
Article 98. Le délai de conservation et traitement des données.....	65
Article 99. Le cas particulier des ayants droit.....	65
Article 100. L’imagerie médicale.....	66
Article 101. La saisie judiciaire du dossier médical.....	66
Article 102. La Commission d’Accès aux Documents Administratifs (CADA).....	67
<b>SECTION 5 - DISPOSITIONS APPLICABLES AUX PATIENTS MINEURS.....</b>	<b>67</b>
Article 103. Le droit à l’information du patient mineur.....	67
Article 104. Le droit au consentement du patient mineur.....	67
Article 105. Le refus de soins du patient mineur.....	68
Article 106. Mineurs refusant l’information des titulaires de l’autorité parentale.....	68
Article 107. L’accès du patient mineur à son dossier médical.....	69
<b>SECTION 6 - DISPOSITIONS APPLICABLES AUX MAJEURS PROTEGES.....</b>	<b>69</b>
Article 108. Le droit à l’information du majeur protégé.....	69
Article 109. Le droit au consentement du majeur protégé.....	70
<b>SECTION 7 - INFORMATIONS ET SOINS.....</b>	<b>711</b>
Article 110. Relations avec les proches et ayants droit.....	711
Article 111. Relations avec les médecins traitants.....	71
Article 112. Dispositions spécifiques aux patients en fin de vie.....	71
Article 113. Traitements sur les données à caractère personnel.....	722
<b>SECTION 8 - DON DU SANG ET RECHERCHE BIOMEDICALE.....</b>	<b>733</b>
Article 114. Don du sang.....	733
Article 115. Transfusions sanguines.....	73
Article 116. Sécurité transfusionnelle.....	73
Article 117. Participation aux recherches biomédicales.....	73
<b>SECTION 9 - DONS ET PRELEVEMENTS D’AUTRES ELEMENTS ET PRODUITS DU CORPS.....</b>	<b>74</b>
Article 118. Principes généraux.....	74
Article 119. Prélèvements sur une personne vivante.....	74
Article 120. Prélèvements sur une personne décédée.....	75
<b>PARTIE IV. SEJOUR DES PATIENTS.....</b>	<b>75</b>
<b>SECTION 1 - PRINCIPES REGISSANT LE SEJOUR.....</b>	<b>75</b>
Article 121. Règles générales.....	75
Article 122. Dépôt des objets appartenant au patient – Responsabilité en cas de vol, perte ou détérioration d’un objet appartenant au patient.....	76
Article 123. Gestion des biens et protections des majeurs sous tutelle.....	76
Article 124. Horaires quotidiens du séjour hospitalier.....	76
Article 125. Service des repas.....	777
Article 126. Poursuite de la scolarité.....	77
Article 127. Autorisations de sortie en cours d’hospitalisation.....	77
Article 128. Autorisations de sortie des mineurs en cours d’hospitalisation.....	77
Article 129. Exercice des cultes.....	77
Article 130. Surveillance et garde des détenus à l’hôpital.....	788
Article 131. Interventions du Service Social.....	78
<b>SECTION 2 - ACCES DES PERSONNES ETRANGERES A L’HOPITAL.....</b>	<b>78</b>
Article 132. Visites.....	78
Article 133. Recommandations aux visiteurs.....	78

Article 134. Stagiaires extérieurs.....	79
Article 135. Associations .....	79
Article 136. Accès des professionnels de la presse.....	79
Article 137. respect des règles de fixation et de diffusion de l'image d'autrui Accès des professionnels de la presse.....	80
Article 138. utilisation des réseaux sociaux .....	80
Article 139. Interdiction d'accès aux démarcheurs, représentants et enquêteurs .....	80
Article 140. Intervention des notaires.....	811
<b>SECTION 3 - REGLES DIVERSES .....</b>	<b>81</b>
Article 141. Respect de la dignité et de l'intimité .....	81
Article 142. Droits civiques .....	81
Article 143. Neutralité du Service Public.....	81
Article 144. Prestataires de service au sein de l'hôpital.....	82
Article 145. Interdiction des pourboires .....	82
Article 146. Effets personnels .....	82
Article 147. Jouets.....	82
Article 148. Animaux domestiques .....	82
Article 149. Courrier .....	833
Article 150. Téléphone .....	83
Article 151. Télévision.....	83
<b>PARTIE V. SORTIE DES PATIENTS .....</b>	<b>84</b>
<b>SECTION 1 - SORTIE DES PATIENTS EN FIN DE SEJOUR.....</b>	<b>84</b>
Article 152. Décision de sortie .....	84
Article 153. Organisation de la sortie des patients adultes.....	84
Article 154. Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation .....	85
Article 155. Sortie des nouveau-nés .....	85
<b>SECTION 2 - CAS PARTICULIERS DE SORTIE .....</b>	<b>85</b>
Article 156. Sortie contre avis médical .....	85
Article 157. Sortie sans avis médical (à l'insu du service) .....	86
Article 158. Sortie disciplinaire.....	86
<b>PARTIE VI. NAISSANCES ET DECES .....</b>	<b>87</b>
<b>SECTION 1 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX NAISSANCES .....</b>	<b>87</b>
Article 159. Déclaration de naissance – cas général .....	87
Article 160. Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale .....	87
<b>SECTION 2 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX DECES .....</b>	<b>87</b>
Article 161. Attitude à l'approche du décès .....	87
Article 162. Information sur le décès.....	88
Article 163. Formalités entourant le décès .....	88
Article 164. Don du corps à la science .....	89
Article 165. Liberté des funérailles. Dispositions testamentaires.....	89
Article 166. Dépôt des corps à la chambre mortuaire .....	89
Article 167. Organisation des opérations funéraires – Libre choix des opérateurs .....	9090
Article 168. Mise en bière et transport après mise en bière .....	90
Article 169. Transport de corps sans mise en bière.....	911
<b>PARTIE VII. DISPOSITIONS FINANCIERES .....</b>	<b>92</b>
<b>SECTION 1 - TARIFS DES CONSULTATIONS EXTERNES .....</b>	<b>92</b>
Article 170. Tarifs.....	92
Article 171. PASS et Service social .....	92
<b>SECTION 2 - FRAIS DE SEJOUR HOSPITALIER .....</b>	<b>92</b>
Article 172. Régimes d'hospitalisation.....	92
Article 173. Hospitalisations et consultations externes en activité libérale .....	92
Article 174. Tarifs des prestations .....	93
Article 175. Forfait journalier .....	93
Article 176. Paiement des frais de séjour et provisions.....	93
Article 177. Dispositions particulières à certains patients.....	93
Article 178. Honoraires des médecins au titre de leur activité libérale.....	94
Article 179. Prestations fournies aux accompagnants.....	94
<b>PARTIE VIII. DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS .....</b>	<b>95</b>
<b>SECTION 1 - REGLES FONDEES SUR LE RESPECT DU PATIENT .....</b>	<b>95</b>

Article 180. Devoir d'information du public.....	95
Article 181. Secret professionnel.....	95
Article 182. Devoir de réserve et de discrétion professionnelle.....	96
Article 183. Bonnes pratiques sur les réseaux sociaux.....	97
Article 184. Respect des règles de fixation et diffusion de l'image d'autrui .....	97
Article 185. Relations avec les medias .....	98
Article 186. Communication au sein de l' hôpital novo.....	98
Article 187. Respect du confort des patients .....	99
Article 188. Exigence d'une tenue correcte .....	99
Article 189. Identification vis-à-vis des interlocuteurs.....	100
Article 190. Accueil et respect du libre choix des familles .....	100
<b>SECTION 2 - AUTRES REGLES DE COMPORTEMENT PROFESSIONNEL .....</b>	<b>101</b>
Article 191. Obligation de désintéressement – Obligation de déclaration d'intérêts .....	101
Article 192. Interdiction d'exercer une activité privée lucrative.....	101
Article 193. Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces .....	101
Article 194. Exécution des instructions reçues et obligation d'obéissance hiérarchique .....	102
Article 195. Assiduité et ponctualité .....	102
Article 196. Information au supérieur hiérarchique .....	102
Article 197. Utilisation des véhicules.....	102
Article 198. Obligation de signalement des incidents ou risques.....	103
Article 199. Témoignage en justice ou auprès de la police.....	103
Article 200. Bon usage des biens de l'hôpital.....	103
Article 201. Bonne utilisation du système d'information.....	103
Article 202. Obligation de déposer les biens confiés par les patients ou trouvés dans l'hôpital .....	103
Article 203. Respect des règles d'hygiène et de sécurité.....	103
Article 204. Interdiction des produits psychoactifs .....	104
Article 205. Tabagisme .....	104
Article 206. Développement durable.....	1055
Article 207. Effets et biens du personnel.....	105
Article 208. Affichage.....	105
Article 209. Activités de vente de produits par les agents sur leur lieu de travail.....	105
<b>SECTION 3 - DROITS DU PERSONNEL.....</b>	<b>1066</b>
Article 210. Liberté d'opinion – Non discrimination.....	106
Article 211. Protection contre le harcèlement .....	106
Article 212. Liberté d'expression .....	106
Article 213. Liberté syndicale – Droit de grève .....	1077
Article 214. Protection organisée des fonctionnaires .....	107
Article 215. Droit d'accès à son dossier administratif.....	107
Article 216. Dispositions relatives à l'organisation du temps de travail .....	1088
Article 217. Hygiène et sécurité des conditions de travail .....	108
Article 218. Droit à la formation .....	108
<b>PARTIE IX DISPOSITIONS APPLICABLES AUX STRUCTURES MEDICO-</b>	
<b>SOCIALES.....</b>	<b>109</b>
Article 219. Application du présent règlement intérieur aux services medico-sociaux de l'hôpital novo	109
<b>PARTIE X. PROCEDURE D'ADOPTION ET DE MODIFICATION .....</b>	<b>110</b>
Article 220. Procédure d'adoption du règlement intérieur .....	110
Article 221. Procédure de modification du règlement intérieur .....	110
<b>ANNEXES.....</b>	<b>111</b>
Annexe 1 : Modalités d'élection de la commission médicale d'établissement.....	112
Annexe 2 : Modalités d'élection de la commission des Soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.....	117
Annexe 3 : Charte d'utilisation du système d'information .....	120
Annexe 4 : Charte de la personne hospitalisée .....	129
Annexe 5 : Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé.....	130
Annexe 6 : Charte des Droits et Liberté de la Personne Agée en situation de handicap ou de dépendance.....	131
Annexe 7 : Charte des Droits et Liberté de la Personne Accueillie .....	133
Annexe 8 : Charte des Droits et Liberté de la Personne Majeure Protégée .....	136

---

# Préambule

---

Le présent règlement intérieur de l'Hôpital NOVO est établi en application des dispositions légales et réglementaires en vigueur, et notamment celles du Code de la Santé Publique.

Il est arrêté par le Directeur de l'Hôpital NOVO après concertation avec le Directoire menée lors de la séance en date du 6 juin 2023, avis de la Commission Médicale d'Etablissement lors de sa séance en date du 6 juin 2023, avis du Comité Social d'Etablissement lors de sa séance en date du 19 juin 2023 et avis du Conseil de Surveillance lors de sa séance en date du 30 juin 2023 La Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique est informée des dispositions portées au règlement intérieur.

Le présent règlement intérieur définit les règles de fonctionnement de l'Hôpital NOVO, notamment sur le plan de l'organisation institutionnelle générale et par pôle, et les règles propres à faire assurer le respect des droits et obligations des patients, des personnels et de toute personne extérieure à l'hôpital.

En application de l'article R112-78 le règlement intérieur de l'Hôpital NOVO est communiqué à toute personne qui en formule la demande.

Conformément à l'article L6143-7 du code de la Santé Publique Le Directeur de l'Hôpital NOVO veille à l'exécution du présent règlement intérieur sur l'ensemble des sites de l'Hôpital NOVO.

Sauf dispositions contraires mentionnées expressément, le présent règlement intérieur s'applique à l'ensemble de l'Hôpital NOVO y compris les structures médico-sociales rattachées à l'Hôpital NOVO

---

# Partie I - Dispositions générales

---

## **SECTION 1 – L'HOPITAL NOVO**

### **ARTICLE 1. CREATION DE L'HOPITAL NOVO**

L'Hôpital NOVO est issu de la fusion au 1<sup>er</sup> janvier 2023 de trois hôpitaux : le Centre hospitalier René Dubos (CHRD), le Groupe hospitalier de Carnelle Portes de l'Oise (GHCP0) et le Groupement Hospitalier Intercommunal du Vexin (GHIV), parties du GHT.

Il est réparti sur six sites principaux localisés à Pontoise, Beaumont sur Oise, Saint Martin du Tertre, Magny en Vexin, Marine et Aincourt.

### **ARTICLE 2. L'HOPITAL NOVO, ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE**

L'Hôpital NOVO est un établissement public de santé, régi par le CSP. Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière.

Son siège est situé au 6, avenue de l'Île-de-France, 95300 PONTOISE.

### **ARTICLE 3. LES MISSIONS ET OBLIGATIONS DE L'HOPITAL NOVO**

L'Hôpital NOVO est un Centre Hospitalier qui exerce ses missions au plan local et départemental, voire régional.

En effet, l'Hôpital NOVO exerce à la fois les missions d'un hôpital assurant les premiers soins, mais également de soins de recours pour une prise en charge et des soins spécialisés à l'adresse des populations de toute la région et au-delà en fonction de la demande.

Il a pour missions :

- D'assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des patients, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient ;
- De participer à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et la prévention, à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire, notamment des produits mentionnés à l'article L5311-1 du CSP, et d'organiser en son sein la lutte contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes dans les conditions prévues par voie réglementaire. Il met en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux répondant à des conditions définies par voie réglementaire.

Il a pour objet :

- De dispenser avec ou sans hébergement :
  - des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie,
  - des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des patients requérant des soins continus, dans un but de réinsertion,
  - des soins de longue durée aux personnes nécessitant une prise en charge en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD),



- des soins adaptés aux personnes souffrant de pathologies psychiatriques.
- De concourir :
  - à la formation initiale du personnel paramédical et à la recherche de ses domaines de compétences,
  - aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination, conjointement avec les praticiens et autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente,
  - à la lutte contre l'exclusion sociale en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux.
- De développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du patient afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité.
- De participer à des activités de recherche clinique et recherche en soins.
- De procéder à l'analyse de son activité.

L'Hôpital NOVO est régi par les principes fondamentaux de l'égal accès de tous aux soins, de la continuité du service et de l'adaptation continue des moyens aux exigences de qualité de ce service.

De jour comme de nuit, et en toutes circonstances, l'Hôpital NOVO est en mesure d'accueillir toutes les personnes dont l'état requiert ses services ; il assure leur admission soit en son sein, éventuellement en urgence, soit dans une autre structure de soins. La dispensation de soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles (notamment en ce qui concerne le secret professionnel et l'information des patients et de leurs proches), le respect de la dignité et de la personnalité du patient, la prise en compte de sa souffrance, et le devoir d'assistance à personne en péril sont des obligations essentielles de l'ensemble des personnels de l'Hôpital NOVO. La continuité du service est assurée par une organisation adéquate sur le plan des soins et des relations avec les patients et leurs proches, ainsi que dans le domaine technique.

## **SECTION 2 – INSTANCES DECISIONNAIRES**

### **ARTICLE 4. LE CONSEIL DE SURVEILLANCE**

(Articles L6143 et suivants ; R6173-1 et suivants du code de la santé publique)

#### **Composition**

Le conseil de surveillance de l'HÔPITAL NOVO comprend 15 membres répartis comme suit :

- Sont membres avec voix délibérative :

Collège des élus avec au plus cinq représentants des collectivités territoriales, de leurs groupements ou de la métropole, désignés en leur sein par les organes délibérants des collectivités territoriales, de leurs groupements ou de la métropole, parmi lesquels figurent le maire de la commune siège de l'Hôpital NOVO ou son représentant, le président du conseil départemental ou son représentant.

Collège des représentants des personnels médicaux et non médicaux, 5 membres :

- 1 représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- 2 membres désignés par la commission médicale unifiée de groupement ;
- 2 membres désignés par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité social d'établissement.

Collège des personnalités qualifiées, 5 membres :

- 2 personnalités qualifiées désignées par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé.
- 3 personnalités qualifiées désignées par le représentant de l'Etat dans le département, dont au moins deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1.

• Assistent au conseil de surveillance, avec voix consultative :

- le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé ou son représentant ;
- le Président de la commission médicale, vice-président du directoire ;
- le Représentant de la structure chargée de la réflexion éthique
- le Directeur de la caisse d'assurance maladie désigné en application du premier alinéa de l'article L174-2 du code de la sécurité sociale ou son représentant ;
- le maire de la commune où est situé le siège social des établissements ayant fusionné où son représentant. Les communes concernées sont Magny en Vexin et Beaumont sur Oise
- le représentant des familles des personnes accueillies dans les établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) dépendant de l'Hôpital NOVO.

Conformément à l'article L6143-7 du CSP, le Directeur, Président du directoire, participe aux séances du conseil de surveillance et exécute ses délibérations. Il peut se faire assister des personnes de son choix.

Le président du conseil de surveillance est élu pour une durée de cinq ans parmi les membres représentants les collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées. Lorsque ses fonctions de membre du conseil de surveillance prennent fin, son mandat prend également fin.

Le président du conseil de surveillance désigne, parmi les représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements ou les personnalités qualifiées, un vice-président, qui préside le conseil de surveillance en son absence.

En cas de vacance des fonctions de président du conseil de surveillance et de vice-président même en cas de démission, ou en l'absence de ces derniers, la présidence des séances est assurée par le doyen d'âge des membres parmi les représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements et les personnalités qualifiées.

Conformément aux articles L6143-6 et R6143-13 du code la santé publique, « les membres des conseils de surveillance qui tombent sous le coup des incompatibilités ou incapacités prévues à l'article L 6143-6 comme les membres du Directoire démissionnent de leur mandat. A défaut ils sont déclarés démissionnaires d'office par le Directeur Général de l'ARS »

### **Compétences**

1 - Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion.

2 – Il délibère sur :

- le projet d'Hôpital NOVO ;
- la convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;
- le compte financier et l'affectation des résultats ;
- tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- le rapport annuel d'activité de l'Hôpital NOVO présenté par le directeur ;
- les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7
- toute convention intervenant entre l'Hôpital NOVO et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- les statuts des fondations hospitalières créées par l'Hôpital NOVO.
  - les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L.6145-7

3 – Il émet un avis sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat ;
- la participation de l'Hôpital NOVO à un groupement hospitalier de territoire ;
- le règlement intérieur de l'Hôpital NOVO ;
- la convention de communauté hospitalière.

Le conseil de surveillance communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'Hôpital NOVO.

À tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et se fait communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Le directeur communique à la présidence du conseil de surveillance les documents financiers pluriannuels élaborés en concertation avec le directoire ainsi que les documents stratégiques relatifs au projet d'Hôpital NOVO et à la participation à des coopérations et réseaux validés en concertation avec le directoire.

En application de l'article L6145-16 du CSP, les comptes de l'Hôpital NOVO sont soumis à certification. A ce titre, le conseil de surveillance nomme le commissaire aux comptes.

Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement. Il est informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'agence régionale de santé et l'Hôpital NOVO ainsi que de ses modifications.

A l'exception des membres de droit, le Directeur nomme et révoque les membres du Directoire, après information du Conseil de surveillance.

### **Fonctionnement** (articles R6143-8 et R6143-11 CSP)

Le conseil de surveillance se réunit au moins quatre fois par an sauf si son règlement intérieur prévoit un nombre supérieur.

Il se réunit sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres.

L'ordre du jour est arrêté par le président et adressé au moins sept jours à l'avance à l'ensemble des membres du conseil de surveillance ainsi qu'aux personnes qui y siègent avec voix consultative. En cas d'urgence, le délai mentionné à l'alinéa précédent peut être abrégé par le président.

Le secrétariat du conseil de surveillance est assuré à la diligence du directeur.

Les séances ne sont pas publiques.

Les membres du conseil de surveillance ainsi que les autres personnes appelées à assister à ses réunions sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

Conformément à l'article R6143-14 du CSP, les délibérations du conseil de surveillance sont conservées dans un registre, sous la responsabilité du président du directoire. Il est tenu à la disposition des membres du conseil de surveillance et du public qui peuvent le consulter sur place. Ils peuvent également obtenir des copies ou extraits des délibérations.

## **ARTICLE 5. LE COMITE DES ELUS**

### **Composition**

Le Comité des élus de l'Hôpital NOVO, issu de la fusion du Centre hospitalier René Dubos (CHRD), du Groupe hospitalier Carnelle Portes de l'Oise (GHCPO) et du Groupement hospitalier intercommunal du Vexin (GHIV) est composé de membres des collèges 1 des Conseils de surveillance du CHRD, GHCPO et GHIV.

#### Sont membres :

- Au titre du collège 1 du Conseil de surveillance du CHRD (ancien hôpital à ressort communal) :
  - Le maire de Pontoise ou son représentant
  - Un représentant de la mairie de Pontoise
  - Deux représentants d'un EPCI à fiscalité propre dont la commune de Pontoise est membre ou, à défaut un représentant de chacune des deux principales communes d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu sur l'ancien ressort du CHRD, autres que la commune de Pontoise
- Au titre du collège 1 du Conseil de surveillance du GHCPO (ancien hôpital à ressort intercommunal) :
  - Le maire de Beaumont-sur-Oise ou son représentant
  - Un représentant de la principale commune d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu sur l'ancien ressort du GHCPO, autre que la commune de Beaumont-sur-Oise
  - Deux représentants des EPCI à fiscalité propre auxquels appartiennent respectivement ces deux communes ou, à défaut, un représentant de chacune des deux principales communes d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu sur l'ancien ressort du GHCPO, autres que celle mentionnée à l'alinéa précédent
- Au titre du collège 1 du Conseil de surveillance du GHIV (ancien hôpital à ressort intercommunal) :
  - Le maire de Magny-en-Vexin ou son représentant
  - Un représentant de la principale commune d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu sur l'ancien ressort du GHIV, autre que la commune de Magny-en-Vexin

- Deux représentants des EPCI à fiscalité propre auxquels appartiennent respectivement ces deux communes ou, à défaut, un représentant de chacune des deux principales communes d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu sur l'ancien ressort du GHIV, autres que celle mentionnée à l'alinéa précédent
- Le président du Conseil Départemental ou son représentant
- 1 représentant de chacune des communes dans laquelle le Centre Hospitalier a un site exploité

La composition est arrêtée par le Directeur de l'Hôpital NOVO. Chaque instance proposera son représentant. La composition du comité évoluera en fonction de l'évolution structurelle de l'Hôpital NOVO.

### **Compétences**

Le Comité des élus est informé des sujets dont est saisi le Conseil de surveillance. Il se prononce à titre consultatif.

Le Comité des élus sert également de relais afin que ses membres puissent soutenir et porter les projets de l'Hôpital NOVO auprès des autorités compétentes.

### **Fonctionnement**

Le Comité des élus se réunit avant chaque conseil de surveillance. Il est présidé par le Directeur de l'Etablissement

Son secrétariat est assuré à la diligence du directeur.

Les séances ne sont pas publiques.

Les membres du comité des élus ainsi que les autres personnes appelées à assister à ses réunions sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

## **ARTICLE 6. LE DIRECTOIRE**

### **Composition (article L 6143-7-5 CSP)**

Le directoire est composé de membres du personnel de l'Hôpital NOVO, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.

Il comporte neuf membres :

- le directeur, président du directoire ;
- le président de la commission médicale, vice-président ;
- le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques;
- un membre du personnel non médical nommé et, le cas échéant, révoqué par le directeur, après information du conseil de surveillance. Ce membre est nommé sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques unifiée de groupement. En cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme ce membre après avis du président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques unifiée de groupement ;
- des membres qui appartiennent aux professions médicales nommés et, le cas échéant, révoqués par le directeur, après information du conseil de surveillance ; ces membres sont

nommés, le directeur les nomme sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission médicale unifiée de groupement ; en cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les membres après avis du président de la commission médicale unifiée de groupement.

Les chefs de pôles et cadres de pôle participent au Directoire avec voix consultative.

### **Compétences** (article L6143-7-4)

Le directoire, instance de préparation collégiale des décisions qui relèvent du directeur :

- conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'Hôpital NOVO ;
- est obligatoirement concerté sur la majeure partie de la politique de gestion de l'Hôpital NOVO. Cette concertation permet au directeur de disposer de tous les avis nécessaires à la prise de décision et de prévenir, le plus en amont possible, d'éventuelles difficultés. Sur l'ensemble des compétences de l'article L 6143-7 du CSP, le directoire est concerté (se référer à l'article suivant pour voir la liste des matières sur lesquelles il est concerté) ;
- approuve le projet médical qui définit la stratégie médicale de l'Hôpital NOVO et précise les mesures qui doivent être prises en application du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Le projet médical est élaboré par le président de la CME, vice-président du directoire, avec le directeur et en conformité avec le CPOM ;
- approuve le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- prépare le projet de l'Hôpital NOVO sur la base du projet médical et du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

### **Fonctionnement** (Articles D6143-35-1 à D6143-35-4, Article D6143-35-5)

La durée du mandat des membres est de quatre ans. Le directeur général en sa qualité de président du directoire peut mettre fin aux fonctions des membres nommés après information du conseil de surveillance. Le mandat des membres prend fin dans deux hypothèses :

- lors de la nomination d'un nouveau président du directoire
- quand le titulaire quitte l'Hôpital NOVO ou cesse d'exercer les missions au titre desquelles il était membre du directoire.

Le directeur organise les travaux du directoire qui se réunit au moins huit fois par an sur un ordre du jour déterminé. Il organise la concertation selon des modalités qu'il définit.

Le directoire se réunit sur le site de Pontoise.

## **ARTICLE 7. LE DIRECTEUR**

(Article L6143-7 CSP)

Le directeur général conduit la politique générale de l'Hôpital NOVO. Il est nommé par arrêté du directeur du centre national de gestion. Il conduit la politique générale de l'Hôpital NOVO. Il règle les affaires de l'Hôpital NOVO autres que celles des compétences du conseil de surveillance et autres que celles qui impliquent une concertation avec le directoire.

A ce titre, il assure l'ordonnancement des dépenses et l'émission des titres de recette. Le comptable de l'Hôpital NOVO est un comptable des finances publiques ayant qualité de Trésorier Principal. Dans le cadre de cette organisation, les achats de biens et services et les travaux sont effectués dans le respect des dispositions du code de la commande publique.

Le directeur représente l'Hôpital NOVO dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'Hôpital NOVO.

Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professionnels de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance du praticien dans l'exercice de son art.

Il peut déléguer sa signature dans des conditions déterminées par décret.

Il participe au conseil de surveillance et exécute ses délibérations.

Après concertation avec le directoire, le directeur, (article L 6143-7 du CSP) :

1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;

2° Décide, conjointement avec le président de la commission médicale de l'Hôpital NOVO et en lien avec le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

3° Arrête le rapport social unique et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;

4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale de l'Hôpital NOVO et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques en ce qui concerne les équipements médicaux ;

5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;

6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;

7° Arrête l'organisation interne de l'Hôpital NOVO. S'agissant des activités cliniques et médico-techniques, le directeur et le président de la commission médicale de l'Hôpital NOVO arrêtent conjointement l'organisation interne et signent conjointement les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;

8° Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres acteurs et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;

9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;

10° Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;

11° Soumet au conseil de surveillance le projet de l'Hôpital NOVO ;

12° Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;

13° Arrête le règlement intérieur de l'Hôpital NOVO ;

14° A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'Hôpital NOVO, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;

15° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ;

16° Arrête le plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles, mentionné à l'article L. 3131-7 ;

17° Soumet au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale mentionnées à l'article L. 6145-7.

18° Définit, après avis du président de la commission médicale de l'Hôpital NOVO, les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation, particulièrement en vue du respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale.

Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination au sein de l'Hôpital NOVO en ce qui concerne :

- les membres du directoire, à l'exception des membres de droit, après information du conseil de surveillance ;
- les chefs de pôles : pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, il nomme les chefs de pôle sur proposition du président de la commission médicale ;
- les responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles sur avis du chef de pôle, sont nommés par décision conjointe du Directeur et du Président de la CME.

Le directeur propose au directeur général du centre national de gestion :

- la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers, sur proposition du chef de pôle, ou à défaut du responsable de la structure interne, après avis du président de la CME ;
- la nomination des directeurs-adjoints et des directeurs de soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur sa proposition.

En application de l'article R 6146-2 du CSP, le directeur peut, sur proposition des chefs de pôles, après avis du président de la CME, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral autres que les praticiens statutaires, à participer à l'exercice des missions de service public attribuées au HÔPITAL NOVO ainsi qu'aux activités de soins.

Il est tenu un registre des actes et décisions du directeur. Les règles relatives à la motivation des actes administratifs et à l'accès aux documents administratifs s'appliquent à ces actes dans les conditions fixées par la loi. Des lieux sont réservés à l'affichage des décisions du directeur pour l'information des personnes intéressées.



## **ARTICLE 8. L'ADMINISTRATEUR DE GARDE**

Une garde administrative est organisée pour veiller à la bonne marche du service public hospitalier et parer à tout évènement qui pourrait en entraver le fonctionnement normal.

Elle est assurée par un membre de l'équipe de Direction selon un calendrier établi par le Directeur.

Pendant sa garde, l'administrateur de garde est investi par délégation de la compétence et de la responsabilité du Directeur. Il lui appartient d'avertir ce dernier des évènements qui, en raison de leur nature ou de leur gravité, sont susceptibles notamment d'engager la responsabilité ou concerner l'image de l'Hôpital NOVO.

### **SECTION 3 – INSTANCES CONSULTATIVES**

## **ARTICLE 9. COMMISSION MEDICALE ETABLISSEMENT**

### **Compétences :**

Conformément aux articles L-6144-1 et R-6144-2 et suivants du Code de la Santé Publique, les missions de la Commission Médicale d'Etablissement sont les suivantes

A titre principal, la **Commission Médicale d'Etablissement (CME)** contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et à l'élaboration des projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des patients.

La CME propose au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.

La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins :

- gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et autres évènements indésirables liés aux activités de l'Hôpital NOVO ;
- les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- la prise en charge de la douleur ;
- le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

La CME contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des patients :

- réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;
- l'évaluation de la prise en charge des patients (en particulier, en ce qui concerne les urgences et les admissions non programmées) ;
- l'évaluation de la mise en œuvre de la politique des soins palliatifs ;
- le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité ;
- l'organisation du parcours de soins.

La Commission Médicale d'Etablissement est également consulté sur :

I. La commission médicale de l'Hôpital NOVO est consultée sur des matières sur lesquelles CSE est également consulté ; ces matières sont les suivantes :

- Les projets de délibération mentionnés à l'article L.6143-1;
- les orientations stratégiques de l'Hôpital NOVO, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, le programme d'investissement, le plan pluriannuel d'investissement ainsi que le plan global de financement pluriannuel ;
- le plan de redressement mentionné à l'article ;
- l'organisation interne de l'Hôpital NOVO A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation de l'Hôpital NOVO ;
- les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- la gestion prévisionnelle des emplois et compétences, s'agissant des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- la convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire ;
- le projet de décision relative à la libre organisation du fonctionnement médical et de dispensation des soins mentionnée à l'article L. 6146-1-2 ou de décision relative à la libre organisation du fonctionnement médical, des soins et de la gouvernance mentionnée à l'article L. 6149-1 ;
- les modalités de participation et d'expression des personnels au fonctionnement des structures lorsque sont mises en œuvre les dispositions du premier alinéa de l'article L. 6146-1-2 et du premier alinéa de l'article L. 6149-1.

II. La commission médicale de l'Hôpital NOVO est également consultée sur les matières suivantes :

- la politique en matière de coopération territoriale de l'Hôpital NOVO ;
- la politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'Hôpital NOVO ;
- la politique d'accueil et de formation des étudiants de deuxième et troisième cycles des études médicales ;
- la politique de recrutement des emplois médicaux ;
- le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- la mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L. 6112-2.
- le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- le règlement intérieur de l'Hôpital NOVO ;
- l'organisation des parcours professionnels et l'accompagnement des personnels tout au long de la carrière. A ce titre elle donne un avis sur la politique de formation tout au long de la vie ;
- le schéma directeur des systèmes d'information et sa mise en œuvre.

III. La commission médicale de l'Hôpital NOVO élabore et propose au directoire le projet médical de l'Hôpital NOVO, partie intégrante du projet d'établissement de l'Hôpital NOVO.

## **Composition**

### ***Collège 1***

Il est composé des chefs de pôle qui sont membres de droit.

## ***Collège 2***

Le collège 2 est composé des praticiens hospitaliers responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles.

Le collège 2 est doté de 34 sièges de titulaires et de 34 sièges de suppléants qui sont répartis entre les différents sites de l'Hôpital NOVO

Site de Pontoise 24 sièges titulaires (24 suppléants) ; site de Beaumont sur Oise 7 sièges titulaires (7 suppléants) Sites Magny-Marine-Aincourt 3 sièges titulaires (3 suppléants)

## ***Collège 3***

Le collège 3 est composé des praticiens hospitaliers non responsables de structures Internes.

Le collège 3 est doté de 33 sièges de titulaires et de 33 sièges de suppléants qui sont répartis entre les différents sites de l'Hôpital NOVO, soit :

Site de Pontoise 24 sièges titulaires (24 suppléants) ; Site de Beaumont sur Oise 7 sièges titulaires (7 suppléants) ; Sites Magny-Marine-Aincourt 2 sièges titulaires (2 suppléants)

## ***Collège 4***

Le collège 4 est composé de :

- les assistants spécialistes et généralistes et les assistants associés spécialistes et généralistes ;
- les praticiens hospitaliers contractuels n'ayant pas de responsabilité ;
- les praticiens attachés et les praticiens attachés associés ayant une quotité d'au moins trois demi-journées hebdomadaires dans l'Hôpital NOVO ;
- les praticiens cliniciens.

Le collège 4 est doté de 16 sièges de titulaires et de 16 sièges de suppléants qui sont répartis entre les différents sites de l'Hôpital NOVO, soit :

Site de Pontoise 12 sièges titulaires (12 suppléants) ; site de Beaumont sur Oise 3 sièges titulaires (3 suppléants) ; site de Magny-Marine-Aincourt 1 siège titulaire (1 suppléant)

## ***Collège 5***

Il est composé de sages-femmes.

Il comporte 5 titulaires et 5 suppléants élus par et parmi les sages-femmes titulaires et stagiaires de l'Hôpital NOVO qui sont répartis entre les différents sites de l'Hôpital NOVO soit : Sites de Pontoise 3 sièges titulaires (3 suppléants) site de Beaumont sur Oise 2 sièges titulaires (2 suppléants)

## ***Collège 6***

Il comporte des représentants des internes désignés tous les six mois à chaque début de stage par le Président du Directoire après avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la commission de subdivision dont relève l'Hôpital NOVO:

- Un représentant pour les internes en médecine générale ;
- Un représentant pour les internes de spécialité ;
- Un représentant pour les internes de pharmacie ;

- Un représentant pour les internes en odontologie.

***Membres avec voix consultative***

Assistent également, avec voix consultatives les personnes suivantes :

- Le directeur ou son représentant ;
- Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- Le praticien référent de l'information médicale ;
- Un ou plusieurs représentants des praticiens responsables de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- Un représentant du Comité Social d'Établissement de l'Hôpital NOVO, élu en son sein ;
- Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'Hôpital NOVO.

Le président de la Commission Médicale d'Établissement peut désigner au plus cinq invités représentant les partenaires externes de l'Hôpital NOVO. Ces invités peuvent être permanents. Ils peuvent assister avec voix consultative aux séances de la commission médicale.

Lorsque ces invités sont permanents ou qu'ils assistent avec voix consultative aux séances de la commission médicale, le président de la commission médicale les désigne après accord du directeur de l'Hôpital NOVO.

**Elections**

Les élections de la CME sont organisées par collège. Les modalités des élections figurent en annexe 1 du règlement intérieur

**Fonctionnement**

Les modalités de fonctionnement sont fixées par la Commission Médicale de l'Hôpital NOVO dans son règlement intérieur.

**Président et vice-présidents**

La Commission élit son président et trois vice-présidents (un vice-président par site).

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la commission médicale de l'Hôpital NOVO, la présidence est assurée par le vice-président représentant le site de Pontoise jusqu'à l'élection d'un nouveau président.

Les fonctions de président de la Commission Médicale d'Établissement sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois.

Les fonctions de président de la Commission Médicale d'Établissement prennent fin sur acceptation de sa démission par le président du Directoire ou au terme du mandat de la Commission Médicale d'Établissement qui l'a élu.

## **ARTICLE 10. COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES**

### **Compétences :**

Conformément aux articles R6146-10, R6146-11, R6146-12, R6146-13, R6146-14, R6146-15, R6146-16

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et médico-techniques est consultée sur :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins de chaque Hôpital NOVO partie au groupement ;
- l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des patients ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins ainsi que de la gestion des risques liés aux soins,
- les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- la politique de développement professionnel continu ;
- la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire.

Elle est par ailleurs informée sur :

- le règlement intérieur de l'Hôpital NOVO ;
- la mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 du code de la santé publique ;
- le rapport annuel portant sur l'activité de l'Hôpital NOVO.

### **Fonctionnement**

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques se réunit au moins trois fois par an. Elle se dote d'un règlement intérieur et d'un bureau. Elle est convoquée par son président. Cette convocation est de droit à la demande du président du comité stratégique, de la moitié au moins des membres ou du directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

L'ordre du jour est fixé par le président de la commission.

Chaque séance de la commission fait l'objet d'un compte rendu adressé au président du Directoire et aux membres de la commission dans un délai de quinze jours.

Le président de la commission rend compte, chaque année, de l'activité de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans un rapport adressé au Directoire.

### **Président et vice-présidents**

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est présidée par le coordonnateur général des soins désigné par le Directeur. Il est assisté par trois directeurs des soins (un directeur des soins par site) désignés vice-présidents.

### **Elections**

Les modalités d'élection des membres figurent en annexe 2 du présent règlement intérieur.

## **ARTICLE 11. COMITE SOCIAL D'ETABLISSEMENT (CSE)**

### **Composition**

Le comité social comprend :

- Le Président ainsi que des membres de l'administration
- Quinze (15) représentants du personnel non médical élus

Siègent avec voix consultative deux praticiens hospitaliers représentant la Commission Médicale d'Etablissement.

Le Directeur ou son représentant préside le Comité. Il peut se faire accompagner du ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part aux votes.

### **Compétences**

Le CSE est obligatoirement consulté sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du code de la santé publique
- Le plan global de financement pluriannuel ;
- L'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la commission médicale d'établissement, de la commission des usagers et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques ;
- L'organisation interne de l'établissement mentionnée à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique ;
- Les projets de réorganisation de service ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation ;
- Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique ;
- Les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.

Le CSE est obligatoirement informé chaque année de :

- La situation budgétaire de l'établissement ;
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- Le budget;
- Les décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7 du CSP

Le CSE débat obligatoirement chaque année sur :

- La programmation des travaux de l'instance ;
- L'évolution des politiques des ressources humaines lors de la présentation du rapport social unique

### **Fonctionnement**

Le Comité établit son règlement intérieur. Le Comité, lors de la première réunion, élit en son sein un secrétaire et un secrétaire adjoint parmi les représentants titulaires du personnel. Pour l'exécution des tâches matérielles, le secrétaire est assuré par un secrétariat administratif désigné par le Directeur qui assiste aux séances sans prendre part aux débats ni aux votes.

Les réunions du Comité se réunissent une fois par trimestre. Les réunions du Comité ont lieu sur convocation de son président ou son représentant, à l'initiative de celui-ci ou, dans le délai maximum d'un mois, sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Les convocations sont accompagnées de l'ordre du jour et des documents s'y rapportant. Les convocations sont envoyées aux membres titulaires via messagerie électronique professionnelle, 15 jours avant la date de réunion, sauf urgence. Dans ce dernier cas, les convocations peuvent être transmises 8 jours avant. Les pièces et notes se rapportant aux points inscrits à l'ordre du jour sont communiquées au moins 8 jours avant la tenue de la réunion.

L'ensemble des membres titulaires sont convoqués à la séance. L'ordre du jour et les documents s'y rapportant sont adressés à chaque organisation syndicale siégeant au CSE en format informatique. Les membres titulaires seront libérés de droit sur simple présentation de la convocation de l'instance.

Dès que la date de la réunion du CSE est établie, le Directeur ou son représentant, consulte le secrétaire du CSE, préalablement à la définition de l'ordre du jour. Ce dernier peut proposer l'inscription de points à l'ordre du jour. Un point à l'ordre du jour peut être demandé par au moins la moitié des membres titulaires.

Les membres titulaires (ou leur suppléant en leur absence) bénéficient d'une autorisation d'absence lorsqu'ils sont appelés à siéger dans les instances.

Le Comité ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture.

Un membre titulaire absent peut être remplacé par un des suppléants figurant sur la liste au titre de laquelle il a été élu ; dans cette hypothèse, le suppléant a voix délibérative.

En début de séance, le Président établit la liste des personnes présentes et des personnes qui ont voix délibérative. Le Président s'assure du quorum. Lorsque le quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de huit jours. Le comité siège alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents.

Seuls les représentants titulaires et les suppléants représentant les titulaires absents peuvent participer aux votes.

Les instances émettent leur avis à la majorité des présents.

Les votes admis sont les suivants : Pour, contre ou abstentions.

S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret.

L'avis est favorable ou défavorable lorsque la majorité des membres présents s'est prononcée en ce sens. A défaut de majorité, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

Lorsqu'un projet ou une question recueille un vote défavorable unanime de la part des membres du comité social d'établissement, le projet ou la question fait l'objet d'un réexamen et une nouvelle délibération est organisée dans un délai qui ne peut être inférieur à huit jours et supérieur à trente jours. Le comité siège alors valablement quel que soit le nombre de représentants du personnel présents.

Le procès-verbal est signé par le Président et le secrétaire.

Le procès-verbal comprend un compte-rendu des débats (qui n'est pas une retranscription des débats).

Le procès-verbal comprend le détail des votes (par organisation et selon le même contenu pour chaque réunion). Il est soumis à l'approbation des membres du comité social lors de la séance suivante. Il est transmis aux membres dans un délai d'un mois.

Le Comité élit un représentant du personnel qui va siéger en Commission Médicale d'Etablissement.

## **ARTICLE 12. LES FORMATIONS SPECIALISEES EN SANTE, SECURITE ET CONDITIONS DE TRAVAIL (F3SCT)**

### **Objet**

Au sein du Comité, est instituée une formation spécialisée en matière d'hygiène et de sécurité des conditions de travail, au regard du nombre d'agents appartenant à la collectivité. Elle sera dénommée ci-après « formation spécialisée centrale du comité – site de Pontoise ».

Au sein du Comité, sont également instituées deux autres formations spécialisées en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail, au regard du nombre d'agents et du nombre de site d'activité. Elles sont dénommées ainsi :

- « Formation complémentaire spécialisée du comité – sites de Beaumont, des Oliviers et de Carnelles »
- « Formation complémentaire spécialisée du comité – sites de Magny, Aincourt et Marines ».

Les périmètres de ces formations spécialisées complémentaires évolueront, de manière systématique, en fonction des cessations d'activité par site.

### **Composition**

Pour la formation spécialisée de site, le nombre de sièges de chaque organisation syndicale est proportionnel au nombre de sièges obtenu au comité social d'établissement. Les sièges obtenus sont répartis à la représentation proportionnelle à la plus forte moyenne et donne la répartition suivante :

	Représentants des personnels non médicaux	Représentants des personnels médicaux
« Formation spécialisée centrale du comité – site de Pontoise ».	15 titulaires / 15 suppléants	2 titulaires / 2 suppléants
« Formation spécialisée du comité – sites de Beaumont, des Oliviers et de Carnelles »	6 titulaires / 6 suppléants	1 titulaire / 1 suppléant
« Formation spécialisée du comité – sites de Magny, Aincourt et Marines ».	6 titulaires / 6 suppléants	1 titulaire / 1 suppléant

Les représentants du personnel titulaires sont obligatoirement membres du CSE ; les représentants du personnel suppléants sont désignés par les organisations syndicales.

Lors des séances des trois formations spécialisées, siègent avec voix consultatives les médecins du travail.



Participent également aux séances :

- Les représentants de l'administration en charge des dossiers concernés
- Le représentant du service compétent en matière d'hygiène

## **Compétences**

Les formations spécialisées en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail exercent leurs attributions à l'égard du personnel du ou des services de leur champ de compétence.

Les formations spécialisées étant prévues par site ; elles sont seules compétentes pour exercer leurs attributions sur le périmètre du site pour lequel elles sont créées. Elles sont dénommées :

- « Formation spécialisée centrale du comité – site de Pontoise ».
- « Formation spécialisée complémentaire du comité – sites de Beaumont, des Oliviers et de Carnelle »
- « Formation spécialisée complémentaire du comité – sites de Magny, Aincourt et Marines ».

Les représentants de la formation spécialisée ont accès au registre spécial indiquant les postes de travail concernés par la cause du danger constaté, la nature et la cause de ce danger ainsi que le nom des travailleurs exposés. La formation spécialisée est consultée sur la teneur de tous les règlements et consignes se rattachant à sa mission.

Les membres de la formation spécialisée procèdent à intervalles réguliers, à la visite des services relevant de leur champ de compétence. Par délibération adoptée en séance, la formation spécialisée mandate une délégation pour procéder à chaque visite et en fixe l'objectif, le secteur géographique et la composition.

Cette délégation comporte entre autres le président de la formation spécialisée ou son représentant et des représentants du personnel, membres de la formation. Des agents du secteur géographique concerné, peuvent être conviés sous réserve des nécessités de service. Elle peut être assistée du médecin du travail, de l'assistant ou du conseiller de prévention et l'agent de contrôle de l'inspection du travail, qui, dans cette situation, font l'objet d'une invitation par le président à ces visites.

Les missions accomplies dans ce cadre donnent lieu à un procès-verbal.

La formation spécialisée est obligatoirement consultée sur :

- Sur les projets d'aménagement importants modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail, avant toute modification de l'organisation et du temps de travail, des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail. Elle n'est toutefois pas consultée lorsque ces projets s'intègrent dans une réorganisation de service qui sont examinés directement par le comité social d'établissement au sein duquel ou en complément duquel elle est instituée ;
- Sur les projets importants d'introduction de nouvelles technologies et lors de l'introduction de ces nouvelles technologies, lorsqu'elles sont susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé et la sécurité des agents

- Sur les plans mentionnés à l'article L. 3131-7 du code de la santé publique pour les établissements publics de santé et à l'article D. 311-8 du code de l'action sociale et des familles pour les établissements sociaux et médico-sociaux ;

- Sur la mise en œuvre des mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail.

- Un rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail dans l'établissement et des actions menées

- Un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail établi à partir de l'analyse contenue dans le rapport social unique. Il fixe la liste détaillée des réalisations ou actions à entreprendre au cours de l'année à venir. Il précise, pour chaque réalisation ou action, ses conditions d'exécution et l'estimation de son coût.

La formation spécialisée peut proposer un ordre de priorité et des mesures supplémentaires au programme annuel de prévention. Lorsque certaines mesures prévues au programme de prévention n'ont pas été prises, les motifs en sont donnés en annexe au rapport annuel.

La formation spécialisée est associée :

- au suivi et à la mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels  
- à l'analyse du rapport annuel établi par le médecin du travail et a accès aux informations relatives à la santé, la sécurité et aux conditions de travail contenues dans le rapport social unique

- à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les agents notamment, les femmes enceintes, ainsi que des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 du code du travail

- à la promotion de la prévention des risques professionnels et peut proposer des actions qu'elle estime utile dans cette perspective. Elle peut proposer des actions de prévention du harcèlement moral, du harcèlement sexuel et des violences sexistes et sexuelles

- A la proposition de toute mesure de nature à améliorer la santé et la sécurité du travail, à assurer la formation des agents dans les domaines de la santé et de la sécurité

### **Fonctionnement :**

Les réunions des formations spécialisées se réunissent une fois par trimestre. L'ensemble des membres titulaires sont convoqués à la séance.

Les réunions ont lieu sur convocation de son président ou son représentant, à l'initiative de celui-ci ou, dans le délai maximum d'un mois, sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Les convocations sont accompagnées de l'ordre du jour et des documents s'y rapportant.

Les convocations sont envoyées aux membres titulaires via messagerie électronique professionnelle, 15 jours avant la date de réunion, sauf urgence. Dans ce dernier cas, les convocations peuvent être transmises 8 jours avant.

Les pièces et notes se rapportant aux points inscrits à l'ordre du jour sont communiquées au moins 8 jours avant la tenue de la réunion.

En cas d'empêchement, le représentant titulaire en informe la Direction et se charge de transmettre les documents relatifs à la séance au suppléant désigné par son organisation.

L'ordre du jour et les documents s'y rapportant sont adressés à chaque organisation syndicale siégeant en format informatique  
Les membres titulaires seront libérés de droit sur simple présentation de la convocation de l'instance.

Les formations spécialisées, lors de la première réunion, élisent en leur sein un secrétaire et un secrétaire adjoint parmi les représentants titulaires du personnel.  
Pour l'exécution des tâches matérielles, le secrétaire est assuré par un secrétariat administratif désigné par le Directeur qui assiste aux séances sans prendre part aux débats ni aux votes.

Dès que la date de la réunion de la formation spécialisée est établie, le Directeur ou son représentant, consulte le secrétaire de la formation spécialisée, préalablement à la définition de l'ordre du jour. Ce dernier peut proposer l'inscription de points à l'ordre du jour.

Un point à l'ordre du jour peut être demandé par au moins la moitié des membres titulaires.

Les membres titulaires (ou leur suppléant en leur absence) bénéficient d'une autorisation d'absence lorsqu'ils sont appelés à siéger dans les instances.

Le Comité ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture.

Un membre titulaire absent peut être remplacé par un des suppléants figurant sur la liste au titre de laquelle il a été élu ; dans cette hypothèse, le suppléant a voix délibérative.

En début de séance, le Président établit la liste des personnes présentes et des personnes qui ont voix délibérative.

Le Président s'assure du quorum. Lorsque le quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de huit jours. Le comité siège alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents.

Seuls les représentants titulaires et les suppléants représentant les titulaires absents peuvent participer aux votes.

Les instances émettent leur avis à la majorité des présents.

Les votes admis sont les suivants : Pour, contre ou abstentions.

S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret.

L'avis est favorable ou défavorable lorsque la majorité des membres présents s'est prononcée en ce sens. A défaut de majorité, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

Le procès-verbal est signé par le Président et le secrétaire.

Le procès-verbal comprend un compte-rendu des débats (qui n'est pas une retranscription des débats). Il comprend le détail des votes (par organisation et selon le même contenu pour chaque réunion). Il est soumis à l'approbation des membres du comité social ou de la formation spécialisée lors de la séance suivante. Il est transmis aux membres dans un délai d'un mois.

## **Articulation des compétences du CSE et de la F3SCT :**

Seul le comité social d'établissement est consulté sur une question ou un projet relevant de ses attributions et qui aurait pu également relever de la formation spécialisée.

Le Comité social d'établissement peut aussi examiner une question faisant l'objet d'une consultation obligatoire de la formation spécialisée qui n'a pas encore été examinée par cette dernière.

Dans ces hypothèses, l'avis du comité se substitue alors à celui de la formation spécialisée.

## **ARTICLE 13. LES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES PARITAIRES LOCALES (CAPL.) ET LA COMMISSION CONSULTATIVE PARITAIRE (CCP)**

Les C.A.P. sont compétentes à l'égard des personnels non-médicaux titulaires et stagiaires de l'établissement. Elles sont également compétentes à l'égard des agents contractuels de l'établissement.

### Composition

Les corps des fonctionnaires des catégories A, B et C relèvent de 10 commissions administratives paritaires distinctes :

#### ➤ Corps de catégorie A

- C.A.P. 1 : Personnel d'encadrement technique
- C.A.P. 2 : Personnel de catégorie A des services de soins
- C.A.P. 3 : Personnel d'encadrement administratif
- C.A.P. 10 : Personnel sage-femme

#### ➤ Corps de catégorie B

- C.A.P. 4 : Personnel d'encadrement technique et ouvrier
- C.A.P. 5 : Personnel des services de soins
- C.A.P. 6 : Personnel d'encadrement administratif

#### ➤ Corps de catégorie C

- C.A.P. 7 : Personnel technique, ouvrier, conducteur automobile, conducteur ambulancier et personnel d'entretien et de salubrité.
- C.A.P. 8 : Personnel des soins, des services médico-techniques et des services sociaux.
- C.A.P. 9 : Personnel administratif

Les C.A.P. locales et la C.C.P. comprennent en nombre égal :

- des représentants de l'administration
- des représentants élus par le personnel

Les fonctionnaires d'une catégorie examinent les questions relatives à la situation individuelle et à la discipline des fonctionnaires relevant de la même catégorie, sans distinction de corps, de grade et d'emploi.

Lorsque la CCP siège en matière disciplinaire, seuls les représentants du personnel occupant un emploi de niveau au moins égal à celui de l'agent dont le dossier est examiné, ainsi qu'un nombre égal de représentants de l'administration, sont appelés à délibérer.

## **Compétences** des Commissions administratives paritaires et de la Commission consultative paritaire

A compter du 1er janvier 2021, les attributions des commissions administratives paritaires (CAP) sont recentrées sur l'examen des décisions individuelles défavorables aux agents (refus de titularisation, de temps partiel, sanction disciplinaire, etc.), en application de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique. La Commission Consultative Paritaire (CCP) est compétente pour les questions individuelles relatives aux agents contractuels dans les cas prévus par la réglementation.

## **Fonctionnement**

Les C.A.P. et la CCP se réunissent au moins deux fois par an. La présidence des CAP est assurée par le président du conseil de surveillance ou son représentant. La présidence de la CCP est assurée par le directeur de l'établissement ou son représentant.

Le secrétariat est assuré à la diligence du directeur de l'établissement, en l'espèce par la Direction des Ressources Humaines. Lors de chaque séance, un représentant du personnel est désigné par la CAP ou de la CCP en son sein pour exercer les fonctions de secrétaire adjoint.

Les séances des CAP et de la CCP ne sont pas publiques.

L'ordre du jour est envoyé 15 jours avant la réunion.

Les CAP et la CCP émettent leur avis à la majorité des suffrages exprimés, sauf lorsqu'elles siègent en matière disciplinaire. Dans ce dernier cas, leur avis est requis à la majorité des membres présents.

S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée ou, à la demande d'au moins un tiers des membres présents, à bulletin secret. En cas de partage des voix, l'avis est réputé avoir été donné.

Lorsque l'autorité investie du pouvoir de nomination prend une décision différente de l'avis ou de la proposition émise par la commission, elle informe dans le délai d'un mois la commission des motifs qui l'ont conduite à ne pas suivre l'avis.

Les membres suppléants peuvent assister aux séances, sans pouvoir prendre part aux débats. Ils siègent avec voix délibérative quand ils remplacent un membre titulaire.

Le fonctionnement des CAP locales et de la CCP fait l'objet d'un règlement intérieur.

## **ARTICLE 14. LA COMMISSION DES USAGERS LOCALE (CDU)**

### **Les missions de la CDU :**

Instaurée suite à par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, la Commission Des Usagers (ci-après CDU), a pour mission de veiller au respect des droits des usagers, de faciliter leurs démarches et de contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et de leurs proches. La CDU facilite les démarches de ces

personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs, recevoir des réponses, et être informées des suites de leurs demandes.

L'hôpital NOVO dispose de 3 CDU : une sur le site de Pontoise, une sur le site du Vexin et une sur le site de Beaumont-sur-Oise.

Chaque CDU de site examine au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire les réclamations adressées à l'hôpital par les usagers et le cas échéant, les informe sur les voies de conciliation et de recours. Elle peut, si elle le juge utile, rencontrer l'auteur d'une réclamation. Le représentant des usagers, membre de la CDU, peut accompagner l'utilisateur dans sa démarche mais également en entretien de médiation (avec l'accord écrit du patient).

La CDU est consultée et formule des avis et propositions sur la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

Elle rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport présenté au conseil de surveillance de l'hôpital NOVO qui délibère sur les mesures à adopter afin d'améliorer la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Une réunion regroupant les 3 CDU de site est prévue 1 fois par an.

#### La composition de la CDU :

Chaque CDU est composée de droit comme suit :

- Le Directeur représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet ;
- Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS);
- Un médiateur médical et son suppléant ;
- Un médiateur non médical et son suppléant.

## **ARTICLE 15. LES AUTRES INSTANCES CONSULTATIVES**

Un **C**omité de **L**utte contre les **I**nfections **N**osocomiales (et une **E**quipe **O**peratoire d'**H**giène)

Un **C**omité de **L**utte contre la **D**ouleur

Un **C**omité du **M**edicament et des **D**ispositifs **M**édicaux **S**tériles (participation à la définition de la politique de l'Hôpital NOVO dans le domaine des spécialités pharmaceutiques et des dispositifs médicaux stériles et à l'organisation de la lutte contre les affections iatrogènes)

Un **C**omité de **S**écurité **T**ransfusionnelle et d'**H**émovigilance (surveillance de l'application des textes correspondants et coordination des actions de prévention dans ce domaine)

Un **C**omité de **L**iaison **A**limentation – **N**utrition

Un **C**omité **E**thique

Une **C**ommission des **A**nti-**I**nfectieux

Une **C**ommission de l'**O**rganisation et de la **P**ermanence des **S**oins

Une **C**ommission de l'**A**ctivité **L**ibérale (surveillance de l'exercice de cette activité par les médecins hospitaliers)

Un **C**omité de **R**etour d'**EX**périence sur l'**E**rreur **M**édicamenteuse

Un **C**omité de **R**etour d'**EX**périence identitovigilance

Un **C**omité de **R**etour d'**EX**périence hémovigilance

Une **C**ommission des **E**valuations **P**ratiques **P**rofessionnelles

Un Comité Développement Durable

Un **C**onseil de **V**ie **S**ociale par structure médico-sociale

La composition de ces instances et leurs attributions sont précisées dans le CSP ou d'autres réglementations ou recommandations en vigueur ; la liste nominative de leurs membres est arrêtée en application de ces textes, par décision du Directeur, sauf dispositions spécifiques.

## **SECTION 4 - ORGANISATION DES SOINS**

### **ARTICLE 16. STRUCTURES MEDICALES**

L'hôpital est organisé en pôles d'activité clinique et médico-technique. L'organisation polaire est arrêtée sur délibération du Conseil de Surveillance, sur proposition du Directoire et après avis des instances consultatives de l'établissement.

Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes.

Les pôles d'activité clinique et médico-technique sont définis conformément au projet médical de l'établissement. Les structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées peuvent être constituées par les services et les unités fonctionnelles créés en vertu de la législation antérieure à celle issue de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé ou par les structures internes créés par la loi HPST.

Par délégation du pôle d'activité clinique ou médico-technique, les services ou autres structures qui le constituent assurent la prise en charge médicale des patients, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins.

Les pôles sont placés sous la responsabilité médicale d'un médecin coordonnateur nommé conformément aux dispositions prévues au CSP. Il bénéficie pour exercer ses fonctions de l'aide d'un cadre supérieur de santé. L'interface entre chaque pôle et la Direction est assurée par un Directeur référent, nommé par le Directeur.

## **ARTICLE 17. CHEF DE POLE**

Le praticien Chef de Pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le Directeur et le Président de la CME afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités de structure prévues par le projet de pôle. Il est assisté par un cadre supérieur de santé de pôle pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences.

Le praticien Chef de Pôle élabore avec le conseil de pôle un projet de pôle qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.

Les éléments d'activité et d'évaluation fournis, notamment au Directeur et au Président de la CME, dans le cadre de la contractualisation interne précisent l'état d'avancement du projet et comportent une évaluation de la qualité des soins. Les projets de pôle comportent des objectifs en matière d'évaluation des pratiques professionnelles. Ces objectifs et leur suivi sont approuvés par les chefs de service du pôle.

Il participe à l'élaboration du projet médico-soignant et le met en œuvre.

Il développe la logique de pôle et favorise le décloisonnement.

Il est le relais de la politique de l'établissement et participe aux activités institutionnelles de l'établissement.

## **ARTICLE 18. CADRE SUPERIEUR DE SANTE DU POLE**

Il organise la déclinaison du projet de soins institutionnel au sein des unités du pôle. Il participe à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des projets de pôle. Il assiste le chef de pôle dans l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences.

Sous l'autorité hiérarchique de la coordination des soins, le cadre supérieur de pôle assure la coordination et le management des ressources humaines du pôle.

Il participe à l'élaboration du projet médico-soignant et le met en œuvre.

Il anime accompagne et fédère l'équipe d'encadrement dans la réalisation de ses missions, dans son positionnement.

Il développe la logique de pôle et favorise le décloisonnement.

Il est le relais de la politique de l'établissement et participe aux activités institutionnelles de l'établissement.



## **ARTICLE 19. DIRECTEUR REFERENT DE POLE**

Il est l'interlocuteur privilégié du pôle et joue le rôle de relais et de facilitateur dans les relations entre le pôle et la direction. Il participe à la vie institutionnelle du pôle en assistant le cas échéant aux bureaux ou conseils de pôle.

Il assure auprès du chef de pôle et du cadre supérieur de pôle une mission de conseil et d'aide au pilotage à la mise en œuvre des projets du pôle.

## **ARTICLE 20. LA CONTRACTUALISATION INTERNE**

### **LE CONTRAT DE POLE**

Le contrat de pôle définit les objectifs notamment en matière d'activité, de politique et de qualité des soins. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs ainsi que les moyens alloués.

Le contrat de pôle définit le champ et les modalités d'une délégation de gestion accordée au Chef de pôle ainsi que, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion.

Le contrat de pôle définit les modalités d'une subdélégation éventuelle de la signature du chef de pôle aux chefs de service permettant d'engager des dépenses dans les différents domaines de la délégation.

Le chef de pôle associe les chefs de service et les cadres de santé à la rédaction du projet de pôle.

Le directeur général signe avec le Chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle.

Le président de la commission médicale d'établissement contresigne le contrat. Il atteste, ainsi, par sa signature, la conformité du contrat avec le projet médical de l'établissement.

### **LE PROJET DE POLE**

Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

### **LE REGLEMENT INTERIEUR DU POLE**

Le règlement intérieur de chaque pôle fixe les règles de fonctionnement qui lui sont propres et qui ne sont précisées ni dans le contrat de pôle ni dans le projet de pôle.

## **ARTICLE 21. CHEF DE SERVICE OU RESPONSABLE DE STRUCTURE INTERNE**

Les services ou structures internes sont placés sous la responsabilité d'un médecin, biologiste, odontologiste ou pharmacien hospitalier qui exerce les fonctions de chef de service ou chef de structure interne, et nommé dans les conditions décrites dans le CSP. Le chef de service ou

chef de structure interne assure la mise en œuvre des missions assignées à la structure dont il a la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée.

Il est assisté par un cadre (sage-femme, infirmier, médico-technique ou rééducation) pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent des compétences du service.

## **ARTICLE 22. DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PHARMACIENS CHEFS DE SERVICE**

Le pharmacien chef de service assure la gestion, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés dans le CSP, ainsi que des matériels médicaux stériles.

Le pharmacien-chef mène ou participe à toute action d'information sur les produits considérés et à toute action d'évaluation de leur bon usage ; il concourt à la pharmacovigilance et à la matériovigilance.

## **ARTICLE 23. AUTONOMIE DES PROFESSIONNELS**

Certains personnels, tels les Sages-femmes et les Psychologues, conservent une autonomie dans l'organisation des soins et des actes relevant de leur compétence. Cette autonomie s'exerce dans le cadre de l'organisation du service et des règles institutionnelles de fonctionnement pour la gestion quotidienne. Ces personnels restent sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle ou de la personne qu'il désigne pour ce faire.

## **ARTICLE 24. PERMANENCE DES SOINS**

L'organisation médicale mise en place a pour objet d'assurer en continu la permanence des soins excédant la compétence des personnels paramédicaux et la sécurité des malades hospitalisés ou admis en urgence. Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical (praticiens à temps complet ou partiel, assistants, praticiens attachés) :

- Assurent le service quotidien de jour, du matin et de l'après-midi, du lundi au samedi matin inclus (visite médicale quotidienne, examens et soins des patients hospitalisés, soins et consultations des malades externes, analyses de laboratoires et examens radiologiques, préparation et dispensation des médicaments et autres produits relevant des pharmaciens).
- Participent au service des samedi après-midi, dimanche et jours fériés, au service de nuit, ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés. Ils sont tenus par ailleurs de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors des horaires du tableau de service, conformément au plan d'accueil des malades ou blessés en urgences.

La Commission de l'Organisation et de la Permanence des Soins définit annuellement avec le Directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité. Ses attributions sont précisées par la réglementation. Son fonctionnement est défini dans son règlement intérieur.

## **ARTICLE 25. COORDINATION DES SOINS DISPENSES AUX PATIENTS**

L'ensemble des professionnels hospitaliers concourt à la prise en charge des patients.

Ils y procèdent, quelle que soit leur catégorie statutaire, en fonction de la qualification et des responsabilités qui sont les leurs, de la nature des soins qu'ils sont amenés le cas échéant à dispenser et d'une manière générale, du devoir d'assistance aux patients et à leurs familles. L'activité des professionnels hospitaliers est organisée de façon coordonnée en tenant compte des besoins des patients, que ces besoins soient ou non exprimés explicitement.

## **ARTICLE 26. SERVICES DE SOINS**

Le service de soins accueille les personnes soignées en hospitalisation, en consultation ou lors des examens et explorations. Dans chaque service de soins, un cadre de santé assure la coordination, l'organisation et la mise en œuvre des soins ou des examens et/ou des explorations. Les personnels de soins, rééducation et médico-techniques (Infirmiers, Manipulateurs de radiologie, Kinésithérapeutes,...) accomplissent les soins relationnels éducatifs, techniques et/ou les examens et/ou les explorations ainsi que tous les soins nécessaires au confort du patient. Ils sont assistés, dans cette tâche, par d'autres professionnels (Aides-soignants, Auxiliaires de Puériculture, Aides Manipulateurs de radiologie,...) qui participent aux soins d'hygiène et de confort de la personne soignée. Les Agents des services hospitaliers accomplissent les tâches d'entretien et d'hygiène des locaux et participent à la vie quotidienne sur l'EHPAD.

## **SECTION 5 - SECURITE ET HYGIENE**

### **ARTICLE 27. FINALITE ET PORTEE DES REGLES**

Les règles de sécurité (sécurité générale et sécurité de fonctionnement) ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'hôpital assure à ses usagers. Elles visent aussi à assurer le calme et la tranquillité des usagers et la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle. Elles doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'hôpital en fonction des circonstances. Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement. Ces règles prennent en compte les besoins des personnes en situation de handicap, usagers ou personnels.

En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital, le Directeur édicte ces règles par voie de notes de service portant règlement intérieur spécifique et recommandations générales ou consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit. Quelle que soit la raison de sa présence au sein du site hospitalier, toute personne y ayant pénétré doit se conformer aux règles de sécurité, dans l'intérêt général. Elle doit respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions des personnels habilités. Dans la mesure où les conventions qui lient l'hôpital à certains organismes logés sur son domaine n'en décident pas autrement, les règles de sécurité en vigueur au sein du site sont opposables à ces organismes. Ils en sont informés et sont tenus de porter à la connaissance du Directeur les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils sont autorisés à occuper.

## **SOUS-SECTION 1 : LA SECURITE GENERALE**

### **ARTICLE 28. ACCES A L'HOPITAL**

L'accès dans l'enceinte du site hospitalier est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leur travail. Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par le Directeur qui, le cas échéant, peut prendre dans l'intérêt général les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires. L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du Directeur. De même, pour des raisons de sécurité, le Directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, les limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques courus et des responsabilités éventuelles. Il est interdit d'introduire à l'hôpital des animaux, sauf en cas de dérogation particulière prévue. Par ailleurs, sont interdits : alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés (sauf autorisations spéciales et explicites). Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière. Les objets et produits prohibés par la loi ainsi déposés sont remis aux autorités de police, contre récépissé.

### **ARTICLE 29. CALME AU SEIN DE L'HOPITAL**

Tout accompagnant ou visiteur qui crée un trouble au sein du site hospitalier est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il lui est enjoint de quitter l'hôpital. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie du site, avec en cas de besoin appel aux autorités de police.

### **ARTICLE 30. SECURITE GENERALE**

Tout le personnel assure la sécurité générale de l'Etablissement sous l'autorité du Directeur, dans le strict respect de la loi et des textes pris pour son application. Les possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas prévus par le code pénal (obligation d'assistance aux personnes en péril ; légitime défense ou état de nécessité) et par le code de procédure pénale (crime ou délit flagrant). Ils peuvent retenir aux sorties du site hospitalier, durant le temps nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit (pour remise aux autorités de police) et tout patient désorienté ou susceptible visiblement de courir un danger à l'extérieur du site (en attendant sa prise en charge par un service de soins). En dehors du cas de péril grave et imminent évoqué à la rubrique « circonstances exceptionnelles », ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder ni à l'ouverture d'une armoire ou d'un vestiaire et de tout effet personnel, ni à des investigations, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule personnel.

#### **Règles et consignes lorsque le plan Vigipirate est activé**

Il est rappelé à tous d'être particulièrement attentifs et d'appliquer/respecter les recommandations suivantes en matière de prévention/sécurité/sûreté :

- Etre vigilant,
- Signaler immédiatement tout bagage, objet abandonné ou mouvement suspect au PC Sécurité en composant le 4526 (depuis un poste fixe ou DECT) ou 01 30 75 45 26,
- Ne pas accepter un bagage ou objet/colis qui vous serait confié par une personne inconnue,
- Suivre les consignes du PC Sécurité,
- Etc...

### **ARTICLE 31. MATERIELS DE SECURITE GENERALE**

L'installation de matériels de télésurveillance, de vidéo-protection, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique doit avoir lieu dans le cadre d'un plan préalablement soumis par le Directeur aux instances locales compétentes du site. Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des patients et de droit à la vie privée des usagers et du personnel ; il doit rester conforme aux règles énoncées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). L'installation, le fonctionnement et l'exploitation des matériels de vidéo-protection doivent observer les dispositions de la loi et des textes pris pour son application. L'accès aux images concernant les patients, les usagers ou les personnels est conditionné à la sollicitation du Délégué à la protection des données (DPO) ou du responsable sécurité.

### **ARTICLE 32. REGLES DE RESPONSABILITE**

La mise en œuvre par l'hôpital de mesures de protection et de surveillance pour éviter que n'y surviennent des événements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière. Les faits de délinquance et de violence perpétrés dans l'enceinte de l'hôpital engagent totalement la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non. Le L'Hôpital NOVO assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte. Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le Directeur porte plainte pour les dommages subis par l'hôpital. Dans l'hypothèse où un agent agressé estimerait ne pas pouvoir porter plainte, le Directeur en application du Code de Procédure Pénale peut porter les faits à la connaissance du Procureur de la République dans la mesure où ces faits paraissent constituer un délit (ou a fortiori un crime).

### **ARTICLE 33. RAPPORTS AVEC L'AUTORITE JUDICIAIRE**

Le Directeur informe sans délai le Procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance. Il avise l'officier de police judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte.

### **ARTICLE 34. RAPPORTS AVEC LES AUTORITES DE POLICE**

Le Directeur ou son représentant a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police. Il lui revient de décider s'il y a lieu de demander au sein du site une intervention de police, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire. En cas d'enquête de police judiciaire, le Directeur ou son représentant est systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, des dispositions relatives aux droits des patients et d'une manière générale des droits du citoyen.

## **SOUS-SECTION 2 : LA SECURITE DE FONCTIONNEMENT**

### **ARTICLE 35. GESTION DES RISQUES**

Le Directeur et ses adjoints prennent les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des patients et des autres personnes fréquentant l'Hôpital NOVO. A cet effet, sur la base d'une évaluation des risques, ils définissent et mettent en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des instances concernées. Ils informent régulièrement ces instances de l'application des plans d'action et de prévention. Ils organisent la mise en œuvre de cette politique de façon à ce qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et qu'elle soit régulièrement soumise aux vérifications et contrôles obligatoires. Ils prévoient un programme visant à former les personnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers ou les tiers des mesures qu'ils ont à connaître, dans leur intérêt.

### **ARTICLE 36. PERSONNEL TECHNIQUE ET CONTINUTE DU SERVICE**

Suivant les instructions du Directeur, et dans les domaines relevant de leurs compétences réciproques, les Directions concernées organisent la continuité du service sur le plan technique afin que l'institution puisse faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement. Elles désignent respectivement les agents qui assurent ces interventions.

### **ARTICLE 37. SECURITE INCENDIE**

Le site est assujéti aux règles de sécurité contre les risques d'incendie et de panique applicables à tous les sites recevant du public.

Tout le personnel est tenu de suivre périodiquement les séances de formation interne relatives à la sécurité contre l'incendie.

Tout aménagement intérieur (modification de local, portes, revêtements, décoration et gros mobilier, changement de destination d'un local/service, etc...) doit faire l'objet d'une demande préalable auprès de la Direction du Patrimoine et des Investissements Immobiliers.

Tout stationnement est interdit sur les voies/accès destinées aux véhicules des sapeurs-pompiers, aux zones non prévues à cet effet, au droit des poteaux d'incendie et des sorties de secours.

Les consignes de prévention et de sécurité incendie doivent être respectées scrupuleusement, à savoir :

- La conduite à tenir en cas d'incendie ;
- Les modalités d'évacuation notamment dans les locaux d'hospitalisation ;
- Les conditions de stockage et de manipulation des produits dangereux et liquides inflammables ;
- La vacuité permanente des itinéraires d'évacuation et dégagements ;
- L'accessibilité aux moyens de secours et d'extinction ;
- L'accessibilité aux dispositifs de commande des installations techniques ;

- L'usage d'appareils de cuisson ou de réchauffage est prohibé dans les locaux non appropriés.
- Dégager les espaces et les circulations (portes, fenêtres, sortie de secours ...)
- Dégager les reports d'alarme incendie situés à proximité de l'entrée du poste de soins.
- Ne pas encombrer les trappes/volets de désenfumage,
- Ne pas stocker de matériel dans des locaux non destinés à cet usage,
- Ne pas bloquer les portes coupe-feu.
- Etc...

### **ARTICLE 38. INTERDICTION DE FUMER**

Il est interdit de fumer dans l'ensemble des locaux du site, y compris les chambres d'hospitalisation et les bureaux individuels; une signalisation apparente rappelle cette interdiction. Cette interdiction s'applique également aux cigarettes électroniques.

Tout contrevenant s'expose à des sanctions disciplinaires et/ou pénales en cas de manquement à cette interdiction.

## **SOUS-SECTION 3 : LA CIRCULATION ET LE STATIONNEMENT AUTOMOBILE**

### **ARTICLE 39. NATURE DE LA VOIRIE HOSPITALIERE**

Les voies de circulation du site hospitalier appartiennent au domaine public de l'Hôpital NOVO. Elles sont des voies « manifestement ouvertes à la circulation du public » au terme de la jurisprudence de la Cour de Cassation et, à ce titre, accessibles à tout usager.

### **ARTICLE 40. REGLES APPLICABLES**

Conformément aux dispositions législatives, réglementaires et jurisprudentielles, l'Hôpital NOVO arrêtera les modalités quotidiennes, hebdomadaires ou mensuelles de régulation des accès au site hospitalier.

Le Code de la route est applicable sur tout le site hospitalier. La signalisation est adaptée au Code de la Route, en particulier à celle concernant l'interdiction de s'arrêter, l'interdiction de stationner, l'information d'enlèvement de véhicule en cas d'infraction. La police nationale et la police municipale sont chargées de faire respecter le Code de la Route notamment en matière d'accès des véhicules d'incendie et de secours.

Il est rappelé qu'il est interdit de stationner sur des places non matérialisées, sur les espaces verts, trottoirs, issues de secours...

Les agents de l'Hôpital NOVO sont chargés de respecter le Code de la Route et participent à le faire respecter sur le site hospitalier. Tout non-respect au Code de la Route est sanctionnable.

Sera particulièrement surveillé le respect du Code de la Route sur les voies classées par les Commissions de Sécurité Incendie comme « voies utilisables par les engins de secours » ainsi que les voies classées par arrêté préfectoral comme devant être dégagées au titre de « la nécessité absolue de dégagement de voies de secours ». Ces classements sont périodiquement actualisés après avis des Commissions de Sécurité Incendie.

L'Hôpital NOVO se réserve le droit d'interdire temporairement ou définitivement l'accès à son site aux personnes qui ne respecteraient pas les dispositions prévues aux alinéas précédents, entraveraient gravement la circulation, mettraient en péril la sécurité des personnes et des biens, ou d'une manière générale, compromettraient le bon fonctionnement du service public hospitalier.

L'Hôpital NOVO se réserve le droit de demander, aux frais du propriétaire, l'enlèvement de tout véhicule dont le stationnement, même régulier, serait sans lien avec le service public hospitalier. Cette demande interviendra dans les mêmes conditions que celles retenues par la Ville de Pontoise en matière de stationnement prolongé. L'Hôpital NOVO en avisera le propriétaire autant que possible par tout moyen approprié.

L'accessibilité de tout usager au site hospitalier dans le respect des dispositions des alinéas précédents n'ouvre en aucune manière droit à stationnement. Cette accessibilité n'engage en rien la responsabilité de l'Hôpital NOVO en matière d'accident de la circulation, de vol ou de dégradation de véhicule.

L'Hôpital NOVO arrête des zones de stationnement réservées à certaines catégories de personnels appréciées par le Directeur. Des places sont également réservées aux personnes en situation de handicap.

### **La limitation de vitesse sur l'ensemble du site est de 10km/h**

En cas de déclenchement des plans d'alerte ou d'urgence (plan consacré aux situations sanitaires exceptionnelles, anciennement plan BLANC), la Direction assure l'organisation des accès en liaison avec l'ensemble des partenaires concernés par la mise en œuvre de ces plans.

## **SECTION 6 - AMELIORATION DE LA QUALITE**

Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, les établissements de santé définissent et mettent en œuvre une politique adéquate, évaluent leur activité et font l'objet, périodiquement d'une procédure externe dénommée certification.

### **ARTICLE 41. MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE QUALITE**

La Commission médicale d'établissement (CME) contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

- La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;
- Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- La prise en charge de la douleur ;



- Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

La CME contribue à l'amélioration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :

- La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;
- L'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées ;
- L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;
- Le fonctionnement de la permanence des soins.

## **ARTICLE 42. ORGANISATION DE LA DEMARCHE DE CERTIFICATION**

La procédure de certification donne lieu à la visite d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS), instance consultative à caractère scientifique indépendante.

Elle vise à poser une appréciation indépendante sur la qualité de l'établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

Le déroulement de la procédure de certification s'appuie sur une organisation institutionnelle interne et sur la composition d'équipes pluridisciplinaires au sein de l'établissement.

La Direction Qualité, Gestion des Risques et Relations des Usagers contribue à entretenir la dynamique de la démarche.

Elle suit l'état d'avancement des démarches et les synthétise à destination du comité de pilotage, coordonne les groupes d'auto-évaluation sur les référentiels de la HAS, assiste les groupes de travail transversaux et soumet au comité de pilotage qualité toutes les suggestions permettant de satisfaire aux exigences de la HAS.

---

## Partie II. Consultation et hospitalisation

---

### **SECTION 1 - PRINCIPES REGISSANT L'ACCES AUX SOINS**

#### **ARTICLE 43. DROIT A LA PREVENTION ET AUX SOINS**

Toute personne dispose d'un droit fondamental à la protection de sa santé, au traitement de la douleur ainsi qu'à des soins palliatifs et un accompagnement en fin de vie, sans aucune discrimination. Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions requises, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. De même, ces actes ne doivent pas aussi être réalisés dans le cadre d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris dans les conditions réglementaires prévues par le médecin, qui sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs (Cf. loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des patients et à la fin de vie).

#### **ARTICLE 44. LIBRE CHOIX DU PATIENT**

Le droit du patient au libre choix de son praticien et de son Hôpital NOVO de santé, ainsi que de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs, est un principe fondamental de la législation sanitaire.

Ce libre choix, à exercer par le patient lui-même, doit toutefois se concilier avec les règles de fonctionnement de l'hôpital telle que l'organisation des soins ; il ne permet pas en outre au patient de s'opposer à ce qu'un professionnel de santé procède à un acte pour des motifs tirés de la religion, connue ou supposée de ce dernier.

Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont il relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence et par les disponibilités en lits de l'hôpital. L'exercice de ce droit peut avoir des conséquences sur les conditions de la prise en charge financière par la Sécurité Sociale. Pour les patients hospitalisés en psychiatrie, ce droit s'exerce également dans le respect du principe de sectorisation.

#### **ARTICLE 45. ACCUEIL DES PATIENTS – ACCES AUX SOINS DES PERSONNES DEMUNIES**

L'hôpital accueille, en consultation comme en hospitalisation, toutes les personnes dont l'état exige des soins préventifs, curatifs ou palliatifs, sans distinction d'origine, de sexe, de condition sociale et familiale, d'opinions politiques, de religion, et sans préjuger de leur handicap ou de leurs caractéristiques génétiques.

Son accès est adapté aux personnes qui souffrent d'un handicap, que celui-ci soit physique, mental ou sensoriel. Le personnel de l'hôpital est formé à l'accueil des patients et de leurs accompagnants.

Il donne aux patients et à leurs accompagnants, si nécessaire avec l'aide du service social et d'interprètes, tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits. L'Hôpital NOVO a mis en place par ailleurs une **Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)** adaptée aux personnes en situation de précarité sur l'une sur le site de Beaumont Sur Oise et l'autre sur le site de Pontoise.

## **SECTION 2 - CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES**

### **ARTICLE 46. PUBLIC CONCERNE**

Les consultations et soins externes s'adressent aux patients dont l'état ne justifie pas une hospitalisation.

### **ARTICLE 47. CONDITIONS D'ACCUEIL**

Des mesures d'organisation sont mises en œuvre pour un fonctionnement satisfaisant de ces consultations, en s'assurant de l'attention apportée à l'accueil des consultants, tout particulièrement sur le plan des rendez-vous et des délais d'attente.

## **SECTION 3 - ADMISSION EN HOSPITALISATION**

### **ARTICLE 48. DECISION D'ADMISSION**

Quel que soit le mode d'admission du patient, celle-ci est prononcée par le Directeur, sur avis du médecin ou d'un interne de l'hôpital.

### **ARTICLE 49. FORMALITES ADMINISTRATIVES**

Sous réserve de certaines dispositions, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation. A cet effet, le patient ou, le cas échéant, son représentant doit présenter au service de Gestion Administrative des Patients sa carte vitale, une pièce d'identité (comportant une photographie) et le cas échéant un document attestant la prise en charge du ticket modérateur par un organisme tiers payant. Il peut lui être demandé de justifier son adresse par tout document.

Les bénéficiaires des différents régimes de sécurité sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous documents nécessaires à l'obtention par l'Hôpital NOVO de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent. Si le patient ne peut pas présenter sa carte vitale ou un document attestant de l'ouverture de ses droits, une demande de prise en charge est adressée à l'organisme d'assurance maladie dont il relève sous réserve que l'établissement en ait connaissance.

S'il n'est pas assuré social, le patient, ou le cas échéant, une personne susceptible de s'acquitter du règlement des frais dans le cadre légal, est tenu de signer un engagement de payer et un devis couvrant l'intégralité des frais d'hospitalisation auprès de la Gestion Administrative des Patients avec les pièces justificatives nécessaires. Dans les cas d'urgence, la signature de l'engagement de payer sera demandée soit à la première rencontre avec la famille du patient soit dès que l'état de santé du patient le permet. Les patients et leur famille doivent s'assurer de faire les démarches nécessaires pour le règlement ou la prise en charge des frais liés au soins reçus, avec l'assistance du service social si besoin.

Les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat (AME) sont munis d'une attestation papier avec photographie d'ouverture de droit à l'Aide Médicale Etat et en cours de validité ou, à défaut, de tous documents nécessaires à la prise en charge de tout ou partie de leurs frais d'hospitalisation.

Les bénéficiaires de l'article L.115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration de l'Hôpital NOVO pendant la durée de leur hospitalisation.

## **ARTICLE 50. DEPOTS ET RESTITUTION DES VALEURS**

Lors de son admission, l'hospitalisé est invité à remettre à ses proches les sommes d'argent et les objets de valeur en sa possessions. A défaut, il est invité à effectuer auprès de l'administration de l'Hôpital NOVO le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur (bijoux uniquement) qui sont en sa possession.

Les dépôts volontaires d'argent et/ou de bijoux des hospitalisés sont remis, après inventaire effectué dans le service de soins par le personnel soignant, à un régisseur de dépôt de l'Hôpital NOVO. Ces dépôts sont transmis au plus tard un mois après la date d'entrée à la Trésorerie de l'Hôpital NOVO (sauf les espèces qui sont transmis à la banque postale sous un délai d'un mois).

En cas de décès, les dépôts sont transmis au plus tard sous 48 heures jours ouvrables le 1<sup>er</sup> jour ou le second jour ouvrable à la Trésorerie de l'Hôpital NOVO.

Si le patient est inconscient, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets et vêtements dont le patient est porteur est aussitôt dressé et signé par le représentant de l'Hôpital NOVO et l'accompagnant ou à défaut par deux professionnels de l'établissement. Le dépôt est effectué par le représentant de l'Hôpital NOVO.

L'Hôpital NOVO ne peut être tenu responsable de la perte ou de la disparition d'objets non déposés selon la procédure ci-dessus que dans le cas où une faute est établie à son encontre ou à l'encontre d'une personne dont il doit répondre.

La responsabilité de l'Hôpital NOVO n'est pas non plus engagée lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ni lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

Les objets de valeur sont restitués au patient soit par le Régisseur de l'Hôpital NOVO, soit par la Trésorerie Principale, sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité, et d'un certificat d'hérédité en cas de décès. Les sommes d'argent sont restituées par le Régisseur de l'Hôpital NOVO dans le cadre du délai de conservation d'un mois ou la Trésorerie par virement après transmission d'un RIB et des documents suscités.

Le patient peut se faire représenter par un mandataire muni du reçu, d'une pièce d'identité ainsi que d'une procuration sous seing privé. Dans ce cas précis, le dépôt ne peut être rendu que par le Trésorier.

## **SOUS-SECTION 1 : ADMISSION : INFORMATION DE LA FAMILLE – PERSONNE A PREVENIR – SECRET DE L'ADMISSION – LIVRET D'ACCUEIL**

### **ARTICLE 51. INFORMATION DE LA FAMILLE**

Toutes mesures utiles doivent être prises pour que la famille du patient ou du blessé hospitalisé en urgence soit prévenue par le médecin, le cadre de santé ou l'infirmier (e) responsable du patient, dans le respect de la discrétion demandée éventuellement par le patient.

### **ARTICLE 52. LA PERSONNE A PREVENIR**

Dès son admission, il est proposé au patient de désigner une personne à prévenir qui sera contactée lors des démarches administratives et en cas d'aggravation de l'état clinique de la personne soignée.

### **ARTICLE 53. SECRET DE L'ADMISSION**

#### **Confidentialité simple (ou non divulgation de présence)**

Toute personne hospitalisée peut demander qu'aucune indication ne soit donnée sur sa présence dans l'établissement ou sur son état de santé à l'exception toutefois des mineurs soumis à l'autorité parentale et sous réserve des dispositions de l'article L.1111-5 du code de la santé publique. Cette demande ne concerne que la divulgation de son identité auprès des tiers.

Dans ce cas, le dossier d'admission est constitué normalement, avec une mention relative à l'admission sous secret qui doit être signalée aux services concernés (service d'hospitalisation, accueil, standard...) de façon à ce qu'aucune indication ne soit donnée sur la présence de l'intéressé au sein de l'Hôpital NOVO. Cette disposition ne fait toutefois pas obstacle à l'obligation de signalement dans les cas prévus par la réglementation.

#### **Anonymat :**

L'anonymat permet à un usager d'être pris en charge sans avoir à décliner son identité dans certaines situations juridiquement identifiées, telles que les accouchements dans le secret. Toute femme peut demander lors de son accouchement, la préservation du secret de son admission et de son identité. Elle est informée des conséquences de cette demande et de la possibilité qu'elle a de lever à tout moment le secret de son identité.

La seule autre situation prévue par la législation de recours à l'anonymat pendant l'hospitalisation est l'admission de toxicomanes en cas d'admission volontaire.

## **ARTICLE 54. LIVRET D'ACCUEIL**

Il est remis à tout patient admis en hospitalisation au sein de l'Hôpital NOVO un livret d'accueil qui contient les renseignements relatifs aux formalités administratives d'admission et de sortie, aux conditions de séjour et à l'organisation de l'hôpital ainsi qu'aux droits et aux devoirs des patients. Les dispositions de la charte de la personne hospitalisée sont insérées dans ce livret. Ce livret contient une présentation de la Commission des Usagers, accompagnée d'une information portant sur les modalités d'expression et de traitement des doléances. Ce livret d'accueil mentionne l'existence du présent règlement intérieur et le fait qu'il est tenu à la disposition de toute personne qui en fait la demande.

## **SOUS-SECTION 2 : MODES D'ADMISSION**

### **ARTICLE 55. ADMISSION A LA DEMANDE D'UN MEDECIN TRAITANT OU SUITE A UNE CONSULTATION**

L'admission est décidée, sur présentation d'un certificat médical attestant la nécessité de l'hospitalisation, accompagné d'une lettre cachetée du médecin à l'adresse du médecin du service hospitalier donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement.

### **ARTICLE 56. ADMISSION PROGRAMMEE**

Dans ce cas, une convocation est remise ou adressée au patient, après avis du chef de service. Le patient est invité à se rendre au service de Gestion administrative des patients (GAP) du site afin de réaliser son dossier administratif avec les justificatifs nécessaires. En cas de défaut de présentation d'un document, le patient sera invité à le transmettre par voie dématérialisée ou en présentiel, en amont de son hospitalisation. Un patient n'ayant pas de droits au régime obligatoire devra régler l'intégralité du devis qui lui sera remis avant son séjour (cf. article 50).

### **ARTICLE 57. ADMISSION DIRECTE DANS UN SERVICE**

Lorsque son état clinique le justifie, le patient est dirigé sans délai vers un service en mesure de le prendre en charge. Dans ce cas, les renseignements nécessaires à l'Hôpital NOVO du dossier administratif, non fournis par un accompagnant, devront être transmis et recueillis ultérieurement.

### **ARTICLE 58. ADMISSION A LA SUITE D'UN TRANSFERT**

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'Hôpital NOVO constate que l'état d'un patient ou blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'Hôpital NOVO ou nécessitant des moyens dont l'Hôpital NOVO ne dispose pas, ou encore lorsque son admission présente, du fait du manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le Directeur doit provoquer les premiers secours et

prendre toutes les mesures nécessaires pour que le patient ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un hôpital susceptible d'assurer les soins requis.

En particulier, si tous les incubateurs de l'Hôpital NOVO sont occupés, toutes dispositions sont prises pour le transport d'urgence d'un prématuré dans l'hôpital le plus proche disposant d'incubateurs.

Sauf cas d'urgence, le patient doit être informé préalablement de son transfert, provisoire ou définitif, qui ne peut être effectué sans son consentement. L'admission dans ce nouvel hôpital est décidée, sauf cas d'urgence, par son Directeur après entente entre les médecins concernés et au vu d'un certificat médical adéquat.

## **SOUS-SECTION 3 : HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE ET STRUCTURES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION**

### **ARTICLE 59. LES MODES D'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE**

D'après la Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, il existe **deux types d'hospitalisation** :

#### **1. Soins libres en accord avec le patient (SL)**

➤ L'hospitalisation **en soins psychiatriques libre** : Le principe est le même qu'une hospitalisation dans un service de l'Hôpital NOVO. Elle se décide généralement à partir de la demande du médecin, du psychiatre traitant et avec l'accord du patient.

#### **2. Soins psychiatriques sans consentement**

➤ L'hospitalisation **en soins psychiatrique à la demande d'un tiers (SPDT) ou à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU)**, faite sur accord du directeur ou de l'administrateur de garde : C'est une hospitalisation sous contrainte dans le cas où le patient ne consent pas aux soins. Dans ce cas, un membre de la famille ou toute autre personne pouvant justifier de l'existence de relations antérieures à la demande, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil, susceptible d'agir dans l'intérêt du patient peut demander son hospitalisation. Cette demande s'accompagne d'un ou de deux certificats médicaux circonstanciés.

➤ L'hospitalisation **en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI)**, faite sur accord du directeur ou de l'administrateur de garde : C'est une hospitalisation sous contrainte dans le cas où il n'y a aucun tiers susceptible de déclencher la procédure et lorsqu'il existe à la date de l'admission un péril imminent pour la santé de la personne. Cette demande s'accompagne d'un certificat médical circonstancié établi par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil.

- L'hospitalisation **en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat (SPDRE)**, faite par un Maire (arrêté municipal/provisoire) ou par le Préfet (arrêté préfectoral/définitif) au vu d'un certificat médical circonstancié établi par un psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. Cette hospitalisation intervient lorsque la personne présente des troubles mentaux nécessitant des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave à l'ordre public.

En lien avec ces trois derniers modes d'hospitalisation et d'après la Loi du 27 septembre 2013, les patients hospitalisés sans consentement sont vus en audience. **Le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) exerce un contrôle systématique au plus tard au bout de 12 jours d'hospitalisation complète continue puis au plus tard au bout de 6 mois d'hospitalisation complète continue, ou à tout moment sur saisine facultative. Le JLD décide, au vu des certificats médicaux présentés, du maintien ou de la levée de la mesure sous contrainte. Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2014, les patients sont assistés ou représentés par un avocat de leur choix ou commis d'office.**

## **ARTICLE 60. STRUCTURES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET**

L'admission peut avoir lieu dans une structure de soins alternative à l'hospitalisation à temps complet. Ces structures alternatives comprennent notamment les structures d'hospitalisation à temps partiel (de jour ou de nuit), les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire ainsi que les structures permettant l'hospitalisation à domicile. Elles ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Y sont dispensées les prestations qui ne peuvent être délivrées lors des consultations ou de visites médicales à domicile.

### **SECTION 4 - ACTIVITE LIBERALE DES MEDECINS AU SEIN DE L'HOPITAL**

#### **ARTICLE 61. ORGANISATION DE L'ACTIVITE LIBERALE**

Les médecins hospitaliers exerçant à temps plein, qui en font la demande, peuvent être autorisés dans certaines limites et conditions à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale sous forme de consultations, de soins en hospitalisation ou d'actes médico-techniques. Cette activité s'effectue dans le cadre d'un **contrat** soumis à un réexamen périodique. La **Commission de l'Activité Libérale** est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires ainsi que des stipulations des contrats des médecins.

#### **ARTICLE 62. EXERCICE DE L'ACTIVITE LIBERALE**

La prise en charge médicale peut s'effectuer au titre de cette activité dans les services où elle s'exerce, sous réserve d'un **choix exprès et spontané du patient** et d'un accord du médecin concerné.



Le patient doit recevoir **préalablement toutes les indications utiles** sur les règles qui lui seront applicables du fait de ce choix, notamment sur la tarification et les conditions de participation financière des organismes d'assurance maladie. Les jours, heures d'ouverture et le montant des honoraires de chaque consultation privée doivent faire l'objet d'un **affichage** distinct de celui des consultations publiques.

Lorsque le patient opte pour cette prise en charge en hospitalisation, un devis à ce titre est **signé**, dès son entrée, par lui-même, à défaut par un membre de sa famille ou son accompagnant.

En principe, lorsqu'il a été pris initialement en charge dans le cadre de l'activité libérale, le patient ne peut être réadmis au cours du même séjour dans le secteur public ; il en va de même dans le sens inverse ; toutefois le Directeur peut autoriser un tel transfert à titre exceptionnel sur demande motivée du patient ou de ses ayants droit.

Les tarifs des prestations non liées à l'activité libérale sont ceux du secteur public, mais le patient doit verser en sus des honoraires dont le montant est fixé par entente directe avec le médecin. Suivant son choix, le praticien perçoit ces **honoraires directement ou bien par l'intermédiaire de l'administration hospitalière**.

Aucun lit, ni aucune installation médico-technique ne peut être réservé à l'exercice de l'activité libérale ; aucun acte médical concernant directement ou indirectement un prélèvement ou une greffe d'organes ou de tissus humains ne peut être accompli à ce titre.

## **SECTION 5 - ACCUEIL EN URGENCE**

### **ARTICLE 63. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE EN URGENCE**

Le Directeur prend toutes mesures, sans préjudice des dispositions relatives au transfert, pour que les soins urgents soient assurés au sein du site, sous la responsabilité directe d'un médecin.

Le Directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état-civil et de tout renseignement sur les conditions de remboursement des frais de séjour en la réalisant provisoirement sous X si les circonstances l'imposent.

Tout patient hébergé dans une unité n'appartenant pas au service concerné par sa pathologie est pris en charge médicalement par ce service qui confie les soins paramédicaux à l'unité d'hébergement en lui apportant au besoin son concours.

Lorsqu'un patient refuse de quitter l'hôpital après avoir reçu des soins sans que son état justifie une admission en service d'hospitalisation, il peut être, sur certificat médical, reconduit à la sortie du site ou adressé à un organisme à caractère social.

Si l'admission est décidée et que le patient refuse de rester, il s'agit d'un refus de soins à constater suivant les modalités définies.

## **ARTICLE 64. CAS DES PATIENTS AMENES PAR LA POLICE EN URGENCE**

Dans le cadre d'une procédure pénale, l'hôpital est tenu d'assurer les prises de sang et tous les autres examens figurant sur une réquisition établie en forme légale, comme il est tenu de remettre aux autorités tout objet ou vêtement précisé sur cette réquisition.

## **ARTICLE 65. INTERVENTION DES PERSONNELS A PROXIMITE IMMEDIATE DU SITE HOSPITALIER**

En cas d'urgence ou d'accident signalé à proximité immédiate d'un site hospitalier, les personnels du site, quel que soit leur grade ou leur fonction, sont tenus de porter secours aux patients ou aux blessés en péril sur la voie en mettant en œuvre les mesures adéquates.

## **ARTICLE 66. PLAN D'ACCUEIL DES PATIENTS OU BLESSES EN URGENCE**

Le plan consacré aux situations sanitaires exceptionnelles (PLAN BLANC) de l'Hôpital NOVO assure la coordination, la répartition et le renforcement des moyens disponibles. Une Cellule d'urgence médico-psychologique, rattachée au SAMU qui déclenche son intervention, prend en charge les conséquences psychologiques des traumatismes liés aux sinistres impliquant de nombreuses victimes.

En cas de déclenchement du dispositif SI-VIC (système d'information pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles) par l'Agence Régionale de Santé, la base SI-VIC est renseignée en veillant toutefois à ne divulguer aucune information relative à la situation médicale des patients. Lorsqu'un patient ou un blessé, dont l'admission n'a pas été décidée ou qui a reçu les soins rendus nécessaires par son état, refuse de quitter l'hôpital, il peut être, selon le cas et sur certificat établi par un médecin qui l'a examiné ou soigné, soit reconduit à la sortie de l'hôpital, soit adressé à un organisme à caractère social.

## **ARTICLE 67. INFORMATION SUR LES PATIENTS HOSPITALISES EN URGENCE**

Quel qu'ait été le mode d'arrivée du patient, les professionnels du service des urgences engagent immédiatement, sous la responsabilité du Directeur, toutes les démarches utiles à l'identification et à l'information des familles ou proches du patient, en tenant compte de sa liberté de demander le secret de l'hospitalisation.

En cas de transfert dans un autre hôpital, ou d'aggravation de l'état de santé du patient, comme en cas de décès, l'information des familles s'impose à tous les personnels.

Lorsque le patient a été amené par les autorités de police, celles-ci sont tenues informées de son admission, ainsi que la famille ou les proches, sauf avis contraire de ces autorités.

## **SECTION 6 - DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX PATIENTS MINEURS**

### **ARTICLE 68. GARDE ET PROTECTION DES MINEURS**

Lorsqu'un mineur lui a été confié pour des examens médicaux ou des soins, l'hôpital se trouve investi du droit de garde de l'enfant incluant un devoir de surveillance adapté ; il lui incombe de prendre en charge l'ensemble des besoins de l'enfant et de provoquer les mesures appropriées qui s'imposeraient pour sa protection.

### **ARTICLE 69. CONSULTATIONS POUR MINEURS**

Lorsqu'un mineur non accompagné se présente aux consultations, il est accepté s'il s'agit d'une urgence médicalement constatée, s'il est déjà suivi, s'il s'agit d'une consultation pour demande d'IVG, ou si le rendez-vous a été pris par ses parents ou par son tuteur.

### **ARTICLE 70. ADMISSION DES PATIENTS MINEURS**

Les mineurs âgés de moins de 16 ans doivent être orientés prioritairement dans le service de pédiatrie. Des dérogations peuvent être autorisées par le directeur, permettant la dispensation de soins dans un service d'adultes à des mineurs âgés de moins de 16 ans.

L'admission d'un patient mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande du ou des titulaire(s) de l'autorité parentale ou l'autorité judiciaire.

Lorsque le mineur se présente seul à l'hôpital, l'Hôpital doit tout mettre en œuvre pour en informer les titulaires de l'autorité parentale, afin de pouvoir prononcer l'admission, sauf cas d'urgence et situation où le mineur refuse que les titulaires de l'autorité parentale soient informés de son état de santé (article 101 du présent règlement).

L'admission d'un mineur sans l'autorisation préalable du ou des titulaire(s) de l'autorité parentale n'est possible qu'en application de l'article L 1111-5 du CSP, qui dispose que par dérogation aux dispositions du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Ces dispositions s'appliquent à l'infirmier lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'un patient mineur.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la protection universelle maladie, son seul consentement est requis.

### Mineurs relevant de l'autorité judiciaire

Lorsqu'un mineur a été placé par le juge – statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes régissant l'enfance délinquante – dans un établissement d'éducation ou chez un particulier (« le gardien »), l'admission est prononcée à la demande du directeur de l'établissement d'éducation ou à la demande du gardien.

### Mineurs relevant de l'aide sociale à l'enfance

- Situation où les parents sont titulaires de l'autorité parentale : Lorsque les enfants bénéficient de l'aide sociale à l'enfance et que les parents sont titulaires de l'autorité parentale, l'admission est prononcée à la demande des parents. Si les parents ne peuvent être joints en temps utile, l'admission est demandée par le service de l'aide sociale à l'enfance
- Situation où les parents ne jouissent pas de l'autorité parentale : Lorsque les enfants bénéficient de l'aide sociale à l'enfance et que les parents ne jouissent plus de l'autorité parentale, l'admission est prononcée à la demande des services de l'aide sociale à l'enfance.
- Situation des pupilles : Lorsque les enfants sont pupilles, le préfet est alors titulaire de l'autorité parentale. C'est alors la délégation territoriale de l'agence régionale de santé qui demande l'admission de l'enfant à l'hôpital.
- Pour tous les mineurs relevant de l'aide sociale à l'enfance

Lorsque le patient relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le directeur adresse sous pli cacheté dans les 48 heures de l'admission au service médical de l'aide à l'enfance le certificat confidentiel du médecin, indiquant le diagnostic et la durée de l'hospitalisation.

## **ARTICLE 71. MINEURS REÇUS EN URGENCE**

En cas d'urgence, le médecin doit donner au patient mineur les soins qui s'imposent. Toutes mesures utiles sont prises pour que la personne exerçant l'autorité parentale ou un membre de la famille soit informé dans les meilleurs délais de l'hospitalisation d'un mineur reçu en urgence.

Le dossier d'admission d'un mineur doit comporter l'indication de la personne exerçant l'autorité parentale et, plus particulièrement, le droit de garde. Dans tous les cas, cette personne doit être tenue informée de l'admission dans les meilleurs délais.

Les mineurs ne peuvent refuser leur hospitalisation. Seule la personne exerçant l'autorité parentale peut signer un refus d'admission. La procédure est alors régie par l'article 98 du présent règlement.

Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale si le patient est un mineur, risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables (article L 1111-4 du CSP).

Les mineurs sont informés des actes et examens nécessaires à leur état de santé en fonction de leur âge et facultés de compréhension, dans la mesure du possible et indépendamment de l'indispensable information de leurs représentants légaux.

## **ARTICLE 72. ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS EN HOSPITALISATION**

Lorsqu'une hospitalisation est décidée, l'Administration organise, avec les médecins chefs de service concernés, les modalités d'accompagnement des enfants par leurs parents au cours de leur séjour. Les parents ou toute autre personne qui s'occupe de l'enfant peuvent demeurer auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent, y compris la nuit, à condition de ne pas contrarier la dispensation des soins, de ne pas exposer l'enfant à une maladie contagieuse et de ne pas troubler le repos des autres patients. Ils peuvent assister aux soins médicaux et infirmiers, si leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution de ces soins. S'ils ne peuvent demeurer auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les parents ont la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié ; à cet effet et lorsque son état le permet, ils peuvent communiquer avec lui par téléphone.

## **SECTION 7 - DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX FEMMES ENCEINTES**

### **ARTICLE 73. ADMISSION EN MATERNITE**

Si des lits sont disponibles dans le service de maternité et dans le cadre de la protection de la femme et de l'enfant, le Directeur ne peut refuser la demande d'admission :

- d'une femme enceinte, dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement ;
- d'une femme accouchée et de son enfant, dans le mois qui suit l'accouchement.

## **ARTICLE 74. ACCOUCHEMENT SOUS ANONYMAT- ACCES AUX ORIGINES PERSONNELLES**

Toute femme qui souhaite accoucher dans l'anonymat doit être reçue dans la maternité sans obligation de divulguer son identité.

Si la patiente est mineure, l'admission a lieu dans les mêmes conditions, il n'y a pas d'obligation de demander une autorisation parentale de soins, l'identité de la personne ne pouvant pas être recueillie.

Dans tous les cas, aucune pièce d'identité n'est demandée et il n'est procédé à aucune enquête.

La mère de naissance pourra choisir un à trois prénoms pour l'enfant, le troisième prénom servira de patronyme à l'état civil. Dans le cas où la mère ne prénomme par son enfant, seul l'officier d'état civil est habilité à donner trois prénoms à l'enfant.

Durant le séjour, des informations sont données à la patiente concernant ses droits, notamment le délai de rétractation (deux mois) et les aides existantes (centre parental, aides financières, accueil provisoire). Des informations sur les conséquences juridiques lui sont également données : L'enfant, après l'accouchement dans l'anonymat, est déclaré pupille de l'Etat provisoire, et ce pendant, le délai de des deux mois de rétractation.

La patiente peut transmettre son identité, sous pli fermé, qui sera remis ensuite au correspondant du conseil national pour l'accès aux origines personnelles (CNAOP). Elle peut également transmettre des objets personnels, courrier, photos. Dans l'intérêt de l'enfant qui

souhaiterait à l'âge adulte faire des recherches sur ses origines, il est important de recueillir auprès de la patiente un certain nombre d'informations, dans le respect de l'anonymat, à travers le questionnaire CNAOP. Ces formalités sont accomplies par le service accueils et adoptions du Conseil Départemental, avisé sous la responsabilité du Directeur ou, à défaut, par l'assistante de service social de l'Hôpital ou un membre de l'équipe soignante.

## **ARTICLE 75. ADMISSION DES FEMMES POUR UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE**

Des interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont pratiquées conformément aux dispositions légales et réglementaires avant la fin de la quatorzième semaine de grossesse.

Pour une femme mineure non émancipée qui désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou le représentant légal soient consultés.

Tout médecin intervenant doit vérifier que cette démarche a été réalisée.

Si la mineure s'oppose à cette consultation ou si le consentement n'est pas obtenu, l'IVG ainsi que les actes médicaux et soins liés peuvent être pratiqués à sa demande sous réserve qu'elle soit accompagnée par une personne majeure de son choix.

Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une IVG mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention dans les conditions réglementaires. Cette information doit aussi être donnée en cas de manque de place sur le site, en orientant sur les autres structures environnantes.

L'IVG est autorisée par la loi pour les femmes de nationalité étrangère dans les mêmes conditions que pour les femmes de nationalité française, sans condition spécifique de durée et de régularité du séjour en France.

Toute personne qui empêche ou tente d'empêcher une IVG ou les actes ou soins préalables, de quelque manière que ce soit, se rend coupable d'un délit pénalement sanctionnable. Lorsque cette infraction est commise, le Directeur est tenu de porter plainte contre son ou ses auteurs pour délit d'entrave à l'interruption légale de grossesse.

Une interruption de grossesse peut être pratiquée, à toute période, pour motif médical dans les conditions légales et réglementaires.

## **SECTION 8 - DISPOSITIONS PARTICULIERES A D'AUTRES PATIENTS**

Des informations sur les conditions administratives et financières d'admission à l'hôpital peuvent être demandées au service de Gestion administrative des patients (GAP) du site pour les patients suivants :

## **ARTICLE 76. PATIENTS ETRANGERS**

Les personnes étrangères sont admises dans l'Etablissement dans les mêmes conditions que les ressortissants français, à l'exception des modalités de prise en charge financières énoncées à l'article 179.

## **ARTICLE 77. MILITAIRES ET VICTIMES DE GUERRE**

Les militaires, y compris les mineurs non émancipés, sont hors les cas d'urgence, admis dans l'Hôpital NOVO sur la demande de l'autorité militaire.

A noter que l'admission de militaires en urgence dans un hôpital civil est signalée aux autorités militaires.

## **ARTICLE 78. PATIENTS GARDES A VUE ET DETENUS**

Les détenus patients ou blessés qui ne peuvent être transférés dans un hôpital pénitentiaire approprié ou spécialisé en raison de leur état de santé ou, s'ils sont prévenus, qui ne peuvent être éloignés des juridictions devant lesquelles ils ont à comparaître sont, sur autorisation du Ministre de la Justice et à la diligence du Préfet, admis soit dans le service spécialement aménagé dans l'Hôpital NOVO, soit dans une chambre ou un local où un certain isolement est possible et où la surveillance par les services de police ou de gendarmerie peut être assurée sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres patients.

En cas d'urgence, il peut être procédé à l'hospitalisation avant réception de l'autorisation ministérielle et/ou préfectorale.

Les détenus sont hospitalisés en régime commun. Cependant, sur décision expresse du Ministre de la Justice, prise en application de l'article D.382 du Code de Procédure Pénale, ils peuvent être traités, à leurs frais, en régime particulier, dans le cadre de l'activité libérale des praticiens, si la surveillance prévue à l'article ci-dessus ne gêne pas les autres patients.

Si un détenu se livre à une grève de la faim prolongée, il peut être procédé à son alimentation, mais seulement sur décision et sous surveillance médicale et lorsque ses jours sont en danger.

Les agents de l'Administration Pénitentiaire et les forces de police sont invités à respecter le repos des patients et à veiller à exercer leur mission avec discrétion et tact, en tenant compte notamment du travail des personnels hospitaliers.

L'Administration Pénitentiaire doit être avisée de toute nouvelle affectation des détenus hospitalisés, qu'il s'agisse d'une mutation au sein du L'Hôpital NOVO, ou d'une évacuation sur un autre hôpital.

Tout incident grave est signalé aux autorités compétentes dans les conditions prévues par l'article D.280 du Code de Procédure Pénale.

Les mesures de surveillance et de garde incombent exclusivement aux personnels de police, de gendarmerie et s'exercent sous la responsabilité de l'autorité militaire ou de police.

## **ARTICLE 79. TOXICOMANES (CURE DE DESINTOXICATION)**

Les toxicomanes qui se présentent spontanément dans l'Hôpital NOVO pour y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

L'admission et le départ des personnes auxquelles l'autorité judiciaire ou l'autorité sanitaire ont enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication ont lieu dans les conditions prévues par les articles L.3413-1 à L.3413-3 du CSP.

## **ARTICLE 80. PERSONNES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES**

Lorsqu'il ressort qu'une victime de violences conjugales se présente à l'Hôpital NOVO, les agents assurant sa prise en charge lui proposent de déposer plainte au commissariat de police ou la brigade de gendarmerie, ou au sein de l'Hôpital NOVO dès lors que son état ne lui permet pas. Les forces de l'ordre se déplacent, le cas échéant, dans les meilleurs délais pour recueillir les déclarations de la victime. L'Hôpital NOVO met à disposition un local dédié respectant les règles de confidentialité afin de recevoir la plainte ou la main courante ou le procès-verbal de renseignement judiciaire de la victime. Il ne communique aucune déclaration de la victime à l'auteur des violences conjugales, s'il est présent. Il appartient aux personnels de santé et aux enquêteurs de s'assurer que la victime se trouve dans les conditions médicales permettant le recueil de sa parole de façon optimale.



---

# PARTIE III. Droits du patient, Information et soins

---

## **SECTION 1 - LA GESTION DES RECLAMATIONS**

Toute personne admise au sein de l'Hôpital NOVO, ou son représentant légal, ou en cas de décès, ses ayants droit, peut faire part au Directeur de l'Hôpital NOVO de ses observations et de ses réclamations. Les griefs sont exprimés de façon écrite ou orale. Le Directeur de l'Hôpital NOVO accuse réception des observations et réclamations présentées par écrit, en donnant possibilité à toute personne ne pouvant s'exprimer qu'oralement de voir sa réclamation consignée par écrit avec délivrance d'une copie. Le Directeur de l'Hôpital NOVO est tenu de fournir les explications sollicitées et de répondre aux observations et réclamations formulées ainsi que de faire connaître les voies de recours ouvertes.

### **ARTICLE 81. LA RECLAMATION ORALE**

Le Chargé des Relations avec les Usagers reçoit oralement les réclamations du patient ou de ses proches, par téléphone ou lors d'une simple visite. Le Chargé des Relations avec les Usagers enregistre la réclamation orale et apporte une solution à la réclamation.

### **ARTICLE 82. LA RECLAMATION ECRITE A CARACTERE NON INDEMNITAIRE (DITE SIMPLE)**

Le Directeur de l'Hôpital NOVO est saisi d'une réclamation simple par laquelle le patient ou ses proches conteste un manque relatif au respect des droits des usagers. La réclamation est transmise au Chargé des Relations avec les Usagers qui diligentera une enquête auprès du service concerné afin d'apporter une réponse la plus complète possible au demandeur.

### **ARTICLE 83. LA RECLAMATION ECRITE A CARACTERE INDEMNITAIRE RELATIVE A UN DOMMAGE MATERIEL**

Le Directeur de l'Hôpital NOVO est saisi d'une réclamation à caractère indemnitaire (une demande d'indemnisation à la suite d'un dommage matériel : perte d'effets personnels, perte de prothèses auditives ou dentaires...). La réclamation est transmise au Chargé des Relations avec les Usagers qui déclare le sinistre auprès de l'assureur en responsabilité civile. Par l'intermédiaire de l'assureur, le Chargé des Relations avec les Usagers diligente une enquête auprès du service concerné. Les observations nécessaires sont transmises à l'assureur afin qu'il puisse prendre une décision sur la demande d'indemnisation sollicitée.

### **ARTICLE 84. LA RECLAMATION A CARACTERE INDEMNITAIRE RELATIVE A UN DOMMAGE CORPOREL / BRIS DENTAIRE**

Le Directeur de l'Hôpital NOVO est saisi d'une réclamation à caractère indemnitaire (une demande d'indemnisation à la suite d'un dommage corporel).

La réclamation est transmise au Chargé des Relations avec les Usagers qui déclare le sinistre auprès de l'assureur en responsabilité civile qui nommera à son tour un médecin conseil et un expert conseil afin d'étudier le dossier médical du patient après avoir obtenu son autorisation par écrit. Par l'intermédiaire de l'assureur, le Chargé des Relations avec les Usagers diligente une enquête auprès du service concerné. Les observations nécessaires sont transmises à l'assureur afin qu'il puisse prendre une décision sur la demande d'indemnisation sollicitée.

## **ARTICLE 85. LA RECLAMATION PORTANT SUR LA FACTURATION**

Le Directeur de l'Hôpital NOVO est saisi d'une réclamation sur un avis de sommes à payer. Cette contestation est traitée par les services émetteurs et une réponse y est apportée. Les voies de recours sont indiquées sur les avis de sommes à payer.

## **SECTION 2 - LA MEDIATION**

### **ARTICLE 86. LE ROLE DU MEDIATEUR**

Le L'Hôpital NOVO dispose d'un médiateur médical (et son suppléant) compétent pour connaître les plaintes et réclamations mettant en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service et d'un médiateur non médical (et son suppléant) compétent pour connaître les plaintes et réclamations mettant en cause l'organisation des soins paramédicaux sur chacun des trois sites : Pontoise, Vexin et Beaumont/Saint Martin du Tertre.

### **ARTICLE 87. LES MODALITES DE SAISIE**

Le médiateur peut être saisi soit par l'utilisateur lui-même, soit par le Directeur de l'Hôpital NOVO qui en informe le patient. Lorsque le médiateur souhaite consulter le dossier médical du patient, il doit obtenir l'accord de ce dernier ou de son représentant légal ou de ses ayants droit en cas de décès.

Si la réclamation est formulée alors que l'utilisateur est hospitalisé, son audition doit avoir lieu dans la mesure du possible avant sa sortie de l'hôpital.

Le médiateur saisi rencontre l'utilisateur dans les huit jours (saut impossibilité pour l'utilisateur) et adresse le compte-rendu de cette rencontre dans les huit jours suivants au Président de la CDU. Ce dernier transmet sans délai le compte-rendu du médiateur aux membres et à l'utilisateur. La CDU formule des recommandations pour régler le litige ou émet un avis de classement. Dans les huit jours suivant la séance, le Directeur répond au plaignant en y joignant l'avis de la CDU.

Les réclamations sont anonymisées et présentées aux représentants des usagers très régulièrement afin qu'ils puissent en prendre connaissance et adresser au coordinateur des relations avec les usagers leurs commentaires, leurs propositions d'actions d'amélioration et le suivi de la réponse institutionnelle.

## **SECTION 3 – CONSENTEMENT, REFUS DE SOINS**

### **ARTICLE 88. DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être toute personne majeure qui est d'accord pour assumer cette mission (conjoint, concubin, parent, enfant, proche, traitant...). Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

La personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir. Sa mission ne concerne que la santé du patient.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. La personne de confiance peut prendre connaissance d'éléments du dossier médical du patient en sa présence. Par contre, elle n'a pas accès à l'information en dehors de sa présence et ne devra pas divulguer des informations sans son accord.

La personne de confiance sera consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. La personne de confiance est le référent de l'équipe médico-soignante lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements. Elle rend compte de la volonté du patient. Elle n'exprime pas ses propres souhaits, mais rapporte ceux du patient. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Elle n'a pas la responsabilité de prendre des décisions concernant les traitements du patient, mais doit témoigner de ses souhaits, volontés et convictions.

Si le patient a rédigé ses directives anticipées et les a confiées à la personne de confiance, celle-ci les transmet au médecin qui suit le patient. A défaut, la personne de confiance peut indiquer où elles sont rangées ou qui les détient, si elle en a connaissance.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

### **ARTICLE 89. LA DESIGNATION DE LA PERSONNE A PREVENIR**

Dès son admission, le patient est invité à désigner la personne à prévenir, qui pourra, en tant que de besoin, lui apporter son concours, notamment pour ses formalités administratives, pour lui apporter ses effets personnels, son courrier, s'occuper de contacter sa famille...

Les informations qui peuvent être communiquées à la personne à prévenir sont limitées et ne peuvent en aucun cas se situer dans le champ des informations couvertes par le secret médical et professionnel.

## **ARTICLE 90. LA REDACTION DES DIRECTIVES ANTICIPEES**

Toute personne majeure peut rédiger des « *directives anticipées* » dans le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté, Ces directives anticipées informent sur les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de limitation ou d'arrêt du traitement en cours. A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables.

Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

L'Hôpital NOVO dispose d'un formulaire accessible dans le livret d'accueil.

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Les directives anticipées sont notamment conservées sur un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

Les directives anticipées s'entendent d'un document écrit, daté et signé par leur auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance.

Toutefois lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins, dont la personne de confiance lorsqu'elle est désignée, d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées.

Le médecin peut, à la demande du patient, faire figurer en annexe de ces directives, au moment de leur insertion dans le dossier médical de ce dernier, une attestation constatant qu'il est en état d'exprimer librement sa volonté et qu'il lui a délivré toutes informations appropriées.

Les directives anticipées constituent l'expression de la volonté du patient. Ce n'est qu'en leur absence, qu'il est fait appel au témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches.

## **ARTICLE 91. LE DROIT A L'INFORMATION DU PATIENT MAJEUR**

Chaque personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Ce droit à l'information incombe à tout professionnel de santé dans la limite de son champ de compétences et porte sur l'état de santé, la nature, l'utilité, l'urgence des actes et des traitements médicaux ainsi que sur les conséquences et les risques qu'ils peuvent comporter y compris les risques fréquents ou graves normalement prévisibles que comportent les actes proposés en fonction de son état présent et de ses antécédents.

Cependant, le patient a le droit d'exprimer le souhait de ne pas être informé à moins que l'un de ses proches soit exposé à un risque. Par ailleurs, seule l'urgence et l'impossibilité d'informer peuvent dispenser le professionnel de santé de délivrer toute information. Le patient est associé au choix thérapeutique le concernant.

L'information doit être loyale, accessible et appropriée.

Le patient qui est victime ou s'estime victime d'un dommage imputable à l'activité soignante ou son représentant légal, doit être informé sur les circonstances et les causes de ce dommage.

Par ailleurs toute personne dispose d'un droit d'accès aux informations formalisées la concernant qui sont détenues par l'hôpital à l'exclusion des informations concernant des tiers ou recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique. Ces informations figurent dans le dossier médical constitué pour le patient hospitalisé et conservé conformément à la réglementation applicable aux archives hospitalières. Dans tous les cas, l'hôpital est tenu d'assurer la garde et la confidentialité des informations et dossiers conservés conformément notamment aux dispositions sur les traitements informatiques et aux obligations de secret et de discrétion sur le plan professionnel.

En dehors des informations de nature médicale, les personnes hospitalisées (ou consultantes) doivent être informées par tous moyens adéquats du nom des médecins et autres professionnels appelés à leur donner des soins.

Toute personne a droit également à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée au sein de l'hôpital à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais. En chirurgie esthétique, un devis détaillé doit lui être remis.

Cette information est délivrée par affichage dans les lieux de réception des patients ainsi que sur les sites internet de communication au public.

## **ARTICLE 92. L'ENTRETIEN INDIVIDUEL**

L'information sur l'état de santé du patient doit lui être délivrée au cours d'un entretien individuel par le médecin concerné dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.

Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles. Un nouvel entretien doit être organisé, éventuellement après la sortie du patient, lorsque des risques jusqu'alors inconnus sont identifiés postérieurement aux actes réalisés.

Le patient peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix. En cas de risque pour la santé publique ou la santé d'une personne, et s'il apparaît que cette information n'a pas été réalisée, les pouvoirs publics peuvent mettre en demeure l'hôpital de la réaliser.

## **ARTICLE 93. LE DROIT AU CONSENTEMENT DU PATIENT MAJEUR**

Toute personne prend, avec le professionnel de santé concerné et compte tenu des informations et des préconisations fournies, les décisions concernant sa santé. Aucun acte ou traitement médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient, garant de son autonomie dans la relation de soins.

Pour consentir de manière éclairée, le patient doit avoir reçu toutes les informations lui permettant de prendre sa décision. Le consentement concerne un acte déterminé et doit être renouvelé pour chaque acte.

Le consentement doit être libre autrement dit le patient prend seul sa décision et doit être éclairé ainsi le patient doit être préalablement informé et un délai raisonnable de réflexion est laissé à celui-ci pour lui permettre de prendre une décision.

Le consentement doit être donné oralement à l'exception des actes de recherche de biomédicale, du don et de l'utilisation des produits du corps humain, de l'examen des caractéristiques génétiques du patient et de la collecte de sang humain, le consentement sera donné par écrit.

Le consentement est révocable à tout moment ainsi le patient peut le retirer dès qu'il le souhaite.

Il peut être dérogé au principe du consentement en cas d'urgence médicale ou d'impossibilité de recueillir le consentement car le patient est hors d'exprimer sa volonté, le médecin dispense alors les soins qu'il estime nécessaire dans le respect de la vie et de la personne humaine ; dès que possible, il en tient ensuite informé les accompagnants et l'un des proches du patient. En cas d'urgence, les soins priment.

## **ARTICLE 94. LE REFUS DE SOINS DU PATIENT MAJEUR**

Le dossier médical contient les informations recueillies lors des consultations externes dispensées au sein de l'établissement, lors de l'accueil au sein des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier (la lettre du médecin qui est à l'origine de la

consultation ou de l'admission ; le dossier d'anesthésie ; le compte rendu opératoire ; le compte rendu d'accouchement ; le dossier de soins infirmiers ; les motifs de l'hospitalisation ; la nature des soins dispensés ; les prescriptions établies lors des consultations externes...) ainsi que les informations établies à la fin du séjour (le compte-rendu d'hospitalisation ; le double des ordonnances de sortie ; les modalités de sortie...).

Ne sont pas communicables, les informations mentionnant qu'elles ont recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutiques ainsi que les notes personnelles manuscrites des professionnels de santé.

## **SECTION 4 - L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL**

### **ARTICLE 95. LE CONTENU MINIMAL DU DOSSIER MEDICAL**

Le dossier médical contient les informations recueillies lors des consultations externes dispensées au sein de l'établissement, lors de l'accueil au sein des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier (la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ; le dossier d'anesthésie ; le compte rendu opératoire ; le compte rendu d'accouchement ; le dossier de soins infirmiers ; les motifs de l'hospitalisation ; la nature des soins dispensés ; les prescriptions établies lors des consultations externes...) ainsi que les informations établies à la fin du séjour (le compte-rendu d'hospitalisation ; le double des ordonnances de sortie ; les modalités de sortie...).

Ne sont pas communicables, les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutiques ainsi que les notes personnelles manuscrites des professionnels de santé.

### **ARTICLE 96. LES MODALITES D'ACCES**

#### **✓ PERSONNES AYANT ACCES PERSONNES AU DOSSIER MEDICAL**

- Dans le cas d'un patient majeur : Le patient lui-même, le tuteur, si le patient est majeur sous tutelle (NB : une personne sous curatelle peut consulter elle-même son dossier), le médecin éventuellement désigné par le patient

- Dans le cas d'un patient mineur : Son représentant légal, sauf si le mineur s'oppose expressément à la consultation du dossier médical par le ou les titulaires de l'autorité parentale, afin de garder le secret sur son état de santé, conformément aux dispositions de l'article L. 1111-5.

- Dans le cas d'un patient décédé : Les héritiers et ayants-droit, le concubin, ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, sauf volonté contraire exprimée par le patient de son vivant.

Ces demandeurs doivent indiquer le motif de leur demande, leur droit d'accès étant limité aux informations nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits. Seules peuvent être transmises aux ayants droit les informations répondant à l'objectif.

Ne sont pas autorisés à accéder au dossier médical : le concubin ou le partenaire de PACS non désigné comme légataire à titre universel, la personne de confiance (sauf si cette dernière a la qualité d'ayant droit), la personne à prévenir, le curateur, le médecin conseil d'assurance privée.

#### ✓ **LA PREUVE DE L'IDENTITE**

Si la demande émane du patient lui-même, il convient de lui demander la photocopie recto verso de sa pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour).

Si la demande émanant du titulaire de l'autorité parentale, il convient de demander la photocopie de la pièce d'identité du titulaire de l'autorité parentale, photocopie recto verso du mineur (si ce dernier en possède une) et photocopie intégrale du livret de famille. En cas de séparation, il convient de demander le jugement de maintien de l'autorité parentale.

Si la demande émane d'une personne mandatée, il convient de demander la photocopie recto verso de la pièce d'identité du patient, photocopie recto verso de la pièce d'identité du mandaté et un mandat dûment écrit, daté et signé par le patient.

Si la demande émane du tuteur, il convient de demander la photocopie recto verso de la pièce d'identité du tuteur, photocopie recto verso de la pièce d'identité du patient et photocopie du jugement de mise sous tutelle.

Si la demande émanant de tout médecin dont les médecins-experts et médecins du travail, l'accord du patient doit être donné par écrit et photocopie recto verso de la pièce d'identité du demandeur.

#### ✓ **LE DELAI DE TRANSMISSION**

Le délai de transmission du dossier médical est de 8 jours lorsque les informations contenues dans celui-ci datent de moins de 5 ans.

Toutefois, ce délai est porté à 2 mois lorsque les informations datent de plus de 5 ans.

Sont autorisés à accéder au dossier médical : le patient lui-même, une personne dûment mandatée, les ayants droit en cas de décès du patient, le partenaire de PACS ou le concubin désigné comme légataire à titre universel dans un acte de notoriété, le titulaire de l'autorité parentale en cas de minorité du patient, le tuteur en cas de mise sous tutelle, le patient sous curatelle, le patient sous sauvegarde de justice, les médecins experts et les médecins du travail avec l'autorisation écrite du patient, les médecins membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, les inspecteurs de la Santé Publique, les médecins de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques et les médecins-conseils des organismes d'assurance maladie.

Ne sont pas autorisés à accéder au dossier médical : le concubin ou le partenaire de PACS non désigné comme légataire à titre universel, la personne de confiance (sauf si cette dernière a la qualité d'ayant droit), la personne à prévenir, le curateur, le médecin conseil d'assurance privée.



## **ARTICLE 97. LES MODALITES DE RETRAIT**

Le demandeur a la possibilité de retirer sur place la copie de son dossier médical au service « *Droits du patient* » sur rendez-vous, de recevoir la copie à son domicile (les frais d'envoi restent à sa charge) ou de recevoir par mail par l'intermédiaire d'une messagerie sécurisée à moins que le demandeur ne souhaite uniquement consulter le dossier médical sans en obtenir une copie.

La consultation du dossier sur place nécessite de prendre rendez-vous avec le service de soins concerné et s'effectue en présence d'un professionnel de santé de l'Hôpital NOVO.

Les frais de délivrance et d'acheminement des copies sont à la charge du demandeur. En cas de règlement, l'envoi est effectué en recommandé avec accusé de réception a contrario en l'absence de règlement, l'envoi est effectué en courrier simple

## **ARTICLE 98. LE DELAI DE CONSERVATION ET TRAITEMENT DES DONNEES**

Le délai de conservation des dossiers médicaux est de 20 ans à compter de la dernière hospitalisation ou consultation au sein de l'Hôpital NOVO toutefois :

- En cas de décès du patient, le dossier médical est conservé 10 ans à compter de la date du décès.
- En cas de minorité du patient, le dossier médical est conservé 10 ans à compter de sa majorité autrement dit jusqu'à son 28ième anniversaire.
- En cas de transfusions sanguines, le dossier médical est conservé 30 ans.
- En cas d'activités de collectes, le dossier médical est conservé 15 ans.
- En cas d'affection de nature héréditaire ou génétique, le dossier médical est conservé de manière illimitée.
- En cas de recours et de contentieux, ces délais sont suspendus par l'introduction de tout recours gracieux ou contentieux tendant à mettre en cause la responsabilité médicale de l'Hôpital NOVO de santé ou de professionnels de santé à raison de leurs interventions au sein de l'Hôpital NOVO.
- Vis-à-vis de ses données personnelles, le patient dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition. Il peut définir des directives sur la conservation, l'effacement et la communication de ces données après le décès, en s'adressant par courrier à tout moment au directeur de l'Hôpital NOVO ou en s'adressant au délégué à la protection des données de l'Hôpital NOVO : [dpo@ght-novo.fr](mailto:dpo@ght-novo.fr)

Pour la recherche dans le domaine de la santé, les personnes concernées peuvent également exercer leurs droits auprès des professionnels de santé qui les prennent en charge.

## **ARTICLE 99. LE CAS PARTICULIER DES AYANTS DROIT**

### **L'ABSENCE D'OPPOSITION**

En cas de demande d'accès au dossier médical d'un patient décédé, la loi autorise seulement la délivrance d'informations concernant le défunt à condition que la demande soit motivée et que ce dernier ne s'y soit pas opposé de son vivant.

## LE MOTIF DE LA DEMANDE

Le courrier de demande d'accès au dossier médical du patient décédé doit comporter un des motifs suivants : connaître les causes du décès, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir un droit.

## LA PREUVE DE LA QUALITE D'AYANT DROIT

Si la demande émane des ayants droit (conjoint survivant non divorcé et les enfants du défunt), il convient de demander la photocopie recto verso de la pièce d'identité de l'ayant droit et photocopie intégrale du livret de famille.

Si la demande émanant des ayants droit (autre que le conjoint survivant non divorcé et les enfants du défunt), il convient de fournir un certificat d'hérédité délivré en mairie ou acte de notoriété délivré par un notaire.

## **ARTICLE 100. L'IMAGERIE MEDICALE**

L'imagerie médicale fait partie réglementairement des éléments constitutifs du dossier médical et est archivée sur un PACS (Picture Archive Computer System). Dans le respect des dispositions précédentes il est délivré au patient qui en fait la demande, des reproductions des anciens clichés essentiels figurant dans son dossier médical. Les images archivées sur le PACS sont également disponibles sur demande. Elles sont alors éditées sur une feuille de papier ou gravées sur un CD (à la charge du patient). Les examens d'imagerie médicale réalisés à la demande d'un médecin extérieur seront disponibles pour ce dernier via une plate-forme sécurisée et un code d'accès.

## **ARTICLE 101. LA SAISIE JUDICIAIRE DU DOSSIER MEDICAL**

L'Hôpital NOVO ainsi que ses professionnels de santé peuvent être confrontés à la demande des services de police, sollicitant dans le cadre d'une enquête, l'accès aux informations médicales concernant un patient.

La saisie judiciaire nécessite la réception d'une réquisition dûment remplie et signée par les autorités de police intéressées. Il convient donc de vérifier que le tampon de la Marianne est apposé et lisible, que la date est exacte et que la demande de saisie est claire et explicite.

La saisie judiciaire du dossier médical s'effectue exclusivement selon la procédure exigée par le Conseil de l'Ordre des Médecins autrement dit en présence d'un de ses membres, d'un responsable de chaque service concerné, un représentant de l'administration et les autorités de police.

Le jour de la saisie, les autorités de police doivent être munies de la réquisition originale. Le représentant du conseil de l'ordre classe les copies du dossier médical et les compte afin que l'expert puisse en constater l'intégralité. Parallèlement, les autorités de police rédigent un PV qui sera signé par chacune des personnes présentes à la saisie et sur lequel sont précisées la date et l'heure de la saisie.

Une fois le PV signé et les copies comptées, les autorités de police procèdent à la mise sous scellé fermée des copies du dossier médical. La signature de chacune des personnes présentes sera apposée sur la fiche de scellé.

L'original du dossier médical est saisi par les autorités de police par conséquent il est nécessaire de conserver une copie du dossier médical.

La réquisition originale est conservée avec le dossier dupliqué, une photocopie de la réquisition est remise au(x) secrétariat(s) du ou des service(s) concerné(s) et une photocopie est conservée par le représentant de l'administration.

## **ARTICLE 102. LA COMMISSION D'ACCES AUX DOCUMENTS ADMINISTRATIFS (CADA)**

En cas de refus de communication ou d'absence de réponse, le demandeur peut saisir la personne référente désignée au sein de l'Hôpital NOVO ou la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (C.A.D.A.).

### **SECTION 5 - DISPOSITIONS APPLICABLES AUX PATIENTS MINEURS**

#### **ARTICLE 103. LE DROIT A L'INFORMATION DU PATIENT MINEUR**

Lorsqu'un patient mineur est hospitalisé, l'information la plus complète possible sera délivrée aux titulaires de l'autorité parentale par tout professionnel de santé pour leur permettre de prendre une décision de manière éclairée. Par ailleurs, l'enfant recevra une information la plus claire possible et adaptée à son degré de maturité afin qu'il comprenne les actes et traitements qui lui seront prodigués. Le mineur a également le droit d'être informé lui-même d'une façon claire et adaptée.

Toutefois l'enfant mineur hospitalisé peut consentir seul à des soins nécessaires à la sauvegarde de sa santé ainsi cela implique une possibilité pour le mineur d'opposer expressément le secret à ses parents ; le médecin doit s'efforcer d'obtenir son accord pour l'information de ses parents ou de son tuteur, mais le mineur peut maintenir son opposition.

Les autres dispositions relatives au droit à l'information et à ses modalités d'exercice s'appliquent au mineur sous les réserves suivantes :

- l'intéressé manifestant expressément l'opposition ci-dessus évoquée doit se faire accompagner lors des entretiens et dans ses démarches par une personne majeure de son choix ;
- si le mineur accepte l'accès aux éléments du dossier médical par une personne titulaire de l'autorité parentale, il peut exiger qu'elle s'effectue par l'intermédiaire d'un médecin.

#### **ARTICLE 104. LE DROIT AU CONSENTEMENT DU PATIENT MINEUR**

Lorsqu'un enfant mineur est hospitalisé, les titulaires de l'autorité parentale disposent du droit de consentir aux soins concernant ce dernier, quelle que soit leur situation juridique (mariés, pacésés, en union libre, divorcés ou séparés).

Le consentement du mineur doit être systématiquement recherché lorsqu'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans ce cadre, le médecin lui délivre une information portant sur son état de santé en fonction de son âge et de son degré de maturité.

Le consentement des titulaires de l'autorité parentale sera requis avant chaque acte médical. Lorsqu'un seul des deux parents est présent, la présomption de consentement de l'autre s'applique.

Les actes de soins courants (*actes de soins usuels*) nécessitent l'accord de l'un des deux titulaires de l'autorité parentale, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre. A contrario, les actes lourds et invasifs (*actes de soins non usuels*) comportant des risques pour l'enfant requièrent le consentement des deux des titulaires de l'autorité parentale.

Dans le cas où un seul des parents est présent (la filiation n'a été établie qu'à l'égard d'un seul parent ou lorsqu'un des parents est décédé), ce seul parent détient l'autorité parentale, son seul consentement sera requis pour les actes non usuels.

Si la situation relève de l'urgence médicale, l'autorisation préalable du ou des titulaires de l'autorité parentale n'est pas requise. Les actes médicaux indispensables doivent être réalisés.

Le consentement est donné oralement sauf en cas d'intervention chirurgicale pour laquelle une autorisation écrite d'opérer doit être signée par le père et la mère. Toutefois, s'il apparaît que cette autorisation ne pourrait être obtenue en raison d'un éloignement ou pour toute autre cause, les titulaires de l'autorité parentale sont tenus, dès l'admission du mineur, de signer cette autorisation.

### **ARTICLE 105. LE REFUS DE SOINS DU PATIENT MINEUR**

En principe, l'acceptation ou le refus des soins doivent être exprimés par les titulaires de l'autorité parentale. En cas de refus de signer l'autorisation d'opérer ou si le consentement des titulaires de l'autorité parentale ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucun acte invasif sauf urgence médicalement constatée ou risque de conséquences graves pour la santé du mineur, justifiant la délivrance des soins indispensables par le médecin.

Si le refus de soins émane du mineur mais que ses parents y sont favorables, le consentement de l'autorité parentale prévaut. En revanche, si le refus de soins émane des parents, le médecin met tout en œuvre pour les convaincre. Si ces derniers maintiennent leur opposition et que le refus ne met pas en cause de façon significative l'état de santé du mineur, le médecin ne peut aller à l'encontre de cette opposition. En revanche, dans le cas où le refus entraîne des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables.

En cas de refus de soins du mineur et lorsque le pronostic vital est engagé, le médecin prend en conscience les décisions nécessaires et s'il y a lieu accomplit l'acte indispensable à la survie du mineur et proportionné à son état.

### **ARTICLE 106. MINEURS REFUSANT L'INFORMATION DES TITULAIRES DE L'AUTORITE PARENTALE**

Un mineur peut refuser que le ou les titulaires de l'autorité parentale soient prévenus de son état de santé dans les cas où :

- l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder sa santé et qu'il s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.
- Lorsque les liens de famille du mineur sont rompus, et qu'il bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle,

### **ARTICLE 107. L'ACCES DU PATIENT MINEUR A SON DOSSIER MEDICAL**

Pour le patient mineur et s'il le désire, ce dernier peut interdire la communication de son dossier médical à ses parents ou demander à ce qu'ils ne puissent le consulter qu'en présence d'un médecin.

## **SECTION 6 - DISPOSITIONS APPLICABLES AUX MAJEURS PROTEGES**

### **ARTICLE 108. LE DROIT A L'INFORMATION DU MAJEUR PROTEGE**

#### ✓ PATIENT SOUS TUTELLE

En principe, le dossier médical ne peut pas être communiqué à la personne sous tutelle. Elle peut toutefois y accéder avec l'accord ou en présence de son tuteur. Ce dernier, quant à lui, peut accéder à toutes les informations sur la santé de la personne protégée. Néanmoins, en fonction de sa capacité de discernement, le majeur sous tutelle a le droit de recevoir une information sur sa situation médicale.

Si le tuteur en fait la demande, les documents lui sont communiqués au plus tard dans les 8 jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de 48 heures a été observé.

Ce délai est porté à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans ou si la commission départementale des soins psychiatriques est saisie.

Une fois que le tuteur a accès aux informations sur la santé de la personne protégée, celui-ci doit respecter le secret médical. Il lui est donc interdit de divulguer à des tiers toute information sur l'état de santé de la personne sous tutelle.

#### ✓ PATIENT SOUS CURATELLE OU SAUVEGARDE DE JUSTICE

La personne protégée reçoit elle-même l'information et consent seule aux actes médicaux la concernant.

Son curateur ne peut pas intervenir, il peut seulement la conseiller.

Le curateur n'a pas le droit d'accéder au dossier médical de la personne sous curatelle. S'il en a besoin, la personne protégée doit lui délivrer un mandat en ce sens.

Si la mesure de protection prévoit une assistance aux décisions personnelles, le curateur doit cosigner la demande d'accès du majeur protégé à son dossier. Mais le curateur ne peut pas faire de lui-même cette demande.

## **ARTICLE 109. LE DROIT AU CONSENTEMENT DU MAJEUR PROTEGE**

### ✓ **PATIENT SOUS TUTELLE**

Si son état le permet, la personne protégée pourra prendre seule les décisions médicales qui la concernent.

Si son état ne le permet pas, il appartient soit au juge des contentieux de la protection, soit au conseil de famille s'il a été constitué, de prévoir qu'elle bénéficiera de l'assistance d'un tuteur. Et ce, pour l'ensemble des actes concernant sa personne ou à certains actes.

Au cas où cette assistance ne suffirait pas, le juge peut autoriser le tuteur à représenter l'intéressé, y compris pour les actes ayant pour effet de porter gravement atteinte à son intégrité corporelle, comme les opérations chirurgicales.

En cas de désaccord entre la personne protégée et son tuteur, le juge autorise l'une ou l'autre à prendre la décision, à leur demande ou d'office.

À part en cas d'urgence, le tuteur ne peut pas, sans l'autorisation du juge des contentieux de la protection (ou du conseil de famille s'il a été constitué), prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intimité de la vie privée de la personne protégée. Il s'agit, par exemple, de la stérilisation à fins contraceptives ou l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

### ✓ **PATIENT SOUS CURATELLE OU SAUVEGARDE DE JUSTICE**

Si son état le permet, la personne protégée pourra prendre seule les décisions médicales qui la concernent.

Si son état ne le permet pas, le juge des contentieux de la protection peut décider qu'elle bénéficie de l'assistance d'un curateur pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou à certains actes.

À part en cas d'urgence, le curateur ne peut pas, sans l'autorisation du juge des contentieux de la protection, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée ou à l'intimité de sa vie privée. Il s'agit, par exemple, des opérations chirurgicales.

## **SECTION 7 - INFORMATIONS ET SOINS**

### **ARTICLE 110. RELATIONS AVEC LES PROCHES ET AYANTS DROIT**

Dans chaque service les médecins reçoivent les familles des patients dans des conditions préservant la confidentialité, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures portés à la connaissance des patients et de leurs familles. Avec l'accord du patient et dans le but de le faire bénéficier d'un soutien, les indications d'ordre médical – telles que diagnostic et évolution de la maladie – peuvent être données aux membres de la famille par les médecins dans les conditions et limites définies par le CSP et le Code de Déontologie Médicale ; de même, les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille, toujours sauf opposition de la part du patient. Si le patient, majeur, a désigné une « personne de confiance » et dans la mesure où il devient hors d'état de recevoir des informations, cette personne peut en recevoir communication.

Sur demande écrite, les ayants droit d'un patient décédé peuvent, notamment en ayant accès aux documents de son dossier médical dans les mêmes conditions que l'intéressé, obtenir les informations qui leurs seraient nécessaires pour connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits, sauf opposition exprimée par la personne avant son décès. Ils doivent être par ailleurs, informés sur les circonstances et causes d'un dommage imputable à l'activité soignante si la personne décédée en a été victime ou en est estimée victime.

### **ARTICLE 111. RELATIONS AVEC LES MEDECINS TRAITANTS**

L'hôpital est tenu d'informer par lettre le médecin traitant de l'admission du patient ainsi que du service où a lieu cette admission. Il l'invite simultanément à prendre contact avec ce service, à fournir tous renseignements utiles sur le patient et à manifester par écrit le désir d'être informé de l'état de ce dernier.

A la fin de chaque séjour hospitalier, une lettre résumant les observations faites, les traitements effectués, ainsi qu'éventuellement la thérapeutique à poursuivre est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande au praticien, que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné. Dans ce cas, les informations sont transmises par voie postale et dans un délai maximum de 8 jours suivant la sortie du patient. Des doubles de ces documents sont conservés dans le dossier du patient.

Le médecin traitant peut – après accord du chef de service concerné, du médecin pratiquant l'acte et du patient ou de ses représentants légaux – assister aux actes médicaux à caractère invasif que le patient subit éventuellement au cours de son hospitalisation.

### **ARTICLE 112. DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PATIENTS EN FIN DE VIE**

Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'un patient en fin de vie qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrégé sa vie, il doit en informer le patient, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches ; la procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. Le patient n'est pas informé lorsqu'il a manifesté la volonté d'être tenu dans l'ignorance des éléments de son état de santé et en conséquence d'un pronostic le concernant.

## **ARTICLE 113. TRAITEMENTS SUR LES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL**

Les informations nominatives d'ordre administratif ou médical recueillies à l'occasion de l'admission et du séjour du patient font l'objet, dans leur majorité, de traitements par des moyens informatiques mis en œuvre par les différents services hospitaliers. L'hôpital veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations. Il applique les dispositions réglementaires concernant la conservation sur support informatique des informations médicales et leur transmission par voie électronique entre professionnels en vue de garantir leur confidentialité. Ces traitements ne doivent porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles. Les dispositions légales relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ont pour but de veiller au respect de ces principes ; elles prévoient un droit d'accès et de rectification par le patient, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin désigné à cet effet, pour les informations nominatives qui le concernent et qui sont contenues dans un traitement informatique. La Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) est l'organisme officiel chargé de faire respecter les dispositions légales.

L'hôpital dispose d'un Délégué à la Protection des Données (DPO) en charge d'établir un diagnostic sur l'utilisation et le traitement des données personnelles, conformément au Règlement européen n° 2016/679, dit « règlement général sur la protection des données (RGPD) ».

Chaque agent doit se conformer aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (Loi n°78-17) et au Règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016 (Règlement UE 676/2016 – RGPD).

Il est par conséquent interdit aux professionnels de l'Hôpital NOVO :

- de réaliser des traitements de données personnelles illégitimes ou illicite (données relatives aux convictions religieuses ou politiques des patients, à leur origine ethnique ou à leur orientation sexuelle) ;
- d'utiliser des données auxquelles ils peuvent accéder à des fins autres que celles prévues par leurs attributions ;
- de divulguer ces données à des personnes autres que celles dûment autorisées, en raison de leurs fonctions, à en recevoir communication ;
- de faire une copie de ces données sauf à ce que cela soit nécessaire à l'exécution de leurs fonctions.

Les professionnels de l'Hôpital NOVO doivent :

- prendre toutes les mesures conformes aux usages et à l'état de l'art dans le cadre de leurs attributions afin d'éviter l'utilisation détournée ou frauduleuse de ces données ;
- prendre toutes précautions conformes aux usages et à l'état de l'art pour préserver la sécurité physique et logique de ces données et à ce titre se conformer à la Charte d'usage du Système d'information annexée ;
- s'assurer, dans la limite de leurs attributions, que seuls des moyens de communication mis à disposition par l'Hôpital NOVO et sécurisés seront utilisés pour transférer ces données ;
- signaler au délégué à la protection des données (dpo@ght-novo.fr) et au service informatique interne toute violation ou tentative de violation suspectée notamment de son compte informatique et de manière générale tout dysfonctionnement relatif à l'usage des données à caractère personnel.

Il est porté à la connaissance des agents que toute violation des présentes dispositions les expose à des sanctions disciplinaires et pénales conformément à la réglementation en vigueur, notamment au regard des articles 226-16 à 226-24 du code pénal.



## **SECTION 8 - DON DU SANG ET RECHERCHE BIOMEDICALE**

### **ARTICLE 114. DON DU SANG**

A l'occasion de leur passage ou séjour au sein du site, les personnes peuvent se proposer pour donner leur sang afin de contribuer à faire face aux besoins transfusionnels, dans le cadre d'une collecte de sang, organisée par l'Etablissement Français du Sang, en cours dans l'Hôpital NOVO.

Le don du sang ou de composants du sang doit être volontaire, bénévole, anonyme et être pratiqué sous la direction et la responsabilité d'un médecin de l'Etablissement Français du Sang. Il ne peut donner lieu à aucune rémunération, directe ou indirecte.

Le prélèvement est réalisé par l'Etablissement Français du Sang sous sa responsabilité.

### **ARTICLE 115. TRANSFUSIONS SANGUINES**

L'administration de produits sanguins est réalisée avec des produits validés fournis par l'Etablissement Français du Sang.

Pour certaines interventions chirurgicales programmées, les patients peuvent éventuellement se faire prélever leur propre sang en vue d'une autotransfusion.

Au cours de son séjour hospitalier, avant administration d'un produit sanguin labile, chaque fois que cela est possible, le patient ou son représentant légal en est informé par écrit. Un suivi transfusionnel est préconisé pour tout patient transfusé.

### **ARTICLE 116. SECURITE TRANSFUSIONNELLE**

Les analyses biologiques prévues par les textes réglementaires sont accomplies préalablement à toute administration de produit sanguin. L'hôpital établit son dossier transfusionnel, classé dans le dossier médical de l'intéressé, pour chaque patient bénéficiant d'une transfusion. Si une pathologie susceptible d'être corrélée à une transfusion apparaît, le correspondant d'hémovigilance de l'Hôpital NOVO informe immédiatement le correspondant d'hémovigilance de l'Etablissement Français du Sang fournisseur. Le patient est tenu informé de la situation.

### **ARTICLE 117. PARTICIPATION AUX RECHERCHES BIOMEDICALES**

Les médecins peuvent proposer aux patients hospitalisés, aux consultants ainsi qu'à d'autres personnes volontaires de participer à une recherche biomédicale dans les limites et sous les conditions fixées par les dispositions légales et réglementaires qui visent à protéger les personnes.

Avant de réaliser une recherche sur l'être humain, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis d'un Comité de Protection des Personnes (CPP).

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucun essai ou expérimentation ne peut être mené sans le recueil préalable du consentement libre, éclairé et exprès de la personne concernée. Cet accord est consigné par écrit, après que le médecin investigateur a informé la personne complètement et précisément, selon les modalités prévues par la loi.

Toute personne (ou un représentant légal) est toujours libre de mettre fin, à tout moment, à sa participation à des recherches biomédicales.

Des dispositions spécifiques s'appliquent au recueil du consentement pour les mineurs pour les majeurs protégés légalement ou hors d'état d'exprimer leur consentement et pour les femmes enceintes, parturientes ou mères qui allaitent.

Les patients hospitalisés sans consentement en psychiatrie ne peuvent être sollicités que pour des recherches présentant un intérêt direct et majeur pour leur santé.

Avant le début d'une recherche, la Direction de l'Hôpital NOVO doit toujours être informée de la nature et des modalités de cette recherche et avoir donné son accord. Une procédure particulière s'applique lorsque l'Hôpital NOVO est sollicité pour être promoteur du projet.

## **SECTION 9 - DONS ET PRELEVEMENTS D'AUTRES ELEMENTS ET PRODUITS DU CORPS**

### **ARTICLE 118. PRINCIPES GENERAUX**

- **Consentement** : le consentement du donneur vivant est obligatoire, l'absence d'opposition du donneur potentiel décédé doit être recherchée.
- **Gratuité** : aucun paiement ne peut être alloué ; les frais inhérents à un prélèvement sont pris en charge, conformément à la réglementation.
- **Anonymat** : sauf en cas de nécessité thérapeutique, l'identité du donneur et celle du receveur ne doivent pas être communiquées.
- **Sécurité sanitaire** : une sélection clinique et des tests de dépistage des maladies transmissibles sont assurés.

### **ARTICLE 119. PRELEVEMENTS SUR UNE PERSONNE VIVANTE**

- **Don d'organes** : pour les personnes majeures et capables, les prélèvements peuvent intervenir sous réserve de présenter un intérêt thérapeutique direct pour le receveur, et après recueil du consentement libre et éclairé du donneur. Ce consentement doit être exprimé devant le Tribunal de Grande Instance ou le magistrat désigné par lui ; ce consentement est révocable sans forme à tout moment. Le donneur doit avoir la qualité de père ou mère ou de conjoint, ou de frère ou sœur, ou de fils ou fille, ou de grands-parents, ou d'oncle ou tante, ou de cousin(e) germain(e), ou de conjoint du père ou de la mère du receveur ou par dérogation et sur autorisation d'un comité d'experts, de personne ayant avec le receveur l'un des liens de parenté précisés légalement ou apportant la preuve de vie commune d'au moins deux ans. Le prélèvement est interdit sur un mineur ou un majeur sous tutelle, sauf en ce qui concerne la moelle au bénéfice du frère ou de la sœur ou – à défaut et à titre exceptionnel – des autres personnes ayant l'un des liens de parenté précisés légalement, et sous réserve du consentement de chacun des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal ; ce consentement est exprimé devant le Président du T.G.I. ou le magistrat désigné par lui, avec constat de l'absence de refus du mineur.

- **Prélèvement de tissus et cellules lors d'opérations (résidus opératoires)** : ces prélèvements peuvent être réalisés dans un but thérapeutique ou scientifique, et sur un majeur capable uniquement. Lorsqu'un résidu opératoire est conservé à des fins thérapeutiques, il est nécessaire d'informer le donneur sur les contraintes relatives aux contrôles sérologiques imposés par l'utilisation de ces éléments.

## **ARTICLE 120. PRELEVEMENTS SUR UNE PERSONNE DECEDEE**

Sauf pour les mineurs et majeurs sous tutelle, la règle du consentement présumé, qui fait de chaque individu un donneur potentiel, s'applique.

Cependant, la volonté du défunt doit être recherchée par consultation du Registre National des Refus et, auprès de son entourage, excepté en cas d'autopsie médico-légale.

Les mêmes démarches s'imposent pour les autopsies médicales visant à obtenir un diagnostic sur les causes du décès.

# **PARTIE IV. SEJOUR DES PATIENTS**

## **SECTION 1 - PRINCIPES REGISSANT LE SEJOUR**

### **ARTICLE 121. REGLES GENERALES**

La vie hospitalière requiert de la part du patient le respect d'une certaine discipline dans l'intérêt général sur divers plans :

- comportement et propos n'apportant aucune gêne aux autres patients ou personnels ou au fonctionnement du service ;
- respect d'une stricte hygiène corporelle et des recommandations reçues dans le cadre de la prévention des infections nosocomiales (c'est-à-dire pouvant être acquises au sein du site) ;
- tenue vestimentaire décente au cours des déplacements dans l'enceinte hospitalière ;
- souci du maintien en bon état des locaux et objets mis à disposition (des dégradations sciemment commises peuvent d'ailleurs, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner une décision de sortie du patient pour motif disciplinaire).

Les patients peuvent se déplacer librement au sein du site dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entravent pas le bon fonctionnement du service hospitalier.

Les hospitalisés sont priés d'apporter à l'hôpital :

- leur nécessaire de toilette (brosse à dents, dentifrice, savon, rasoir, etc...) ;
- le linge et leurs effets personnels (serviettes, gants de toilette, pyjama, robe de chambre, pantoufles, etc...)

Sauf cas particuliers, et sous réserve du respect des règles d'hygiène, l'hospitalisé pourra, s'il le souhaite, conserver ses vêtements et son linge personnel, à charge pour lui d'en assurer l'entretien.

### **ARTICLE 122. DEPOT DES OBJETS APPARTENANT AU PATIENT – RESPONSABILITE EN CAS DE VOL, PERTE OU DETERIORATION D'UN OBJET APPARTENANT AU PATIENT**

Lors de son admission, le patient est informé, oralement et par une note écrite, du régime de responsabilité de l'Hôpital NOVO en cas de vol, perte ou détérioration d'un objet lui appartenant, selon qu'il a été ou non déposé, conformément à la réglementation. Il est informé qu'il peut déposer ses valeurs, moyens de paiement et bijoux auprès du régisseur du site et qu'il ne doit conserver auprès de lui que des objets de faible valeur. Lors du dépôt, il lui est remis un reçu portant inventaire. A noter que la responsabilité de l'Hôpital NOVO n'est pas engagée lorsqu'une perte ou détérioration résulte de la nature ou d'un vice du bien, ou lorsque le dommage s'est avéré inévitable pour la réalisation d'un acte médical ou de soins.

Des coffres forts sont à disposition dans certains services de soins pour les patients. Ils doivent s'adresser un cadre du service. Un inventaire est effectué au moment du dépôt et de la récupération. L'Hôpital NOVO décline toute responsabilité en cas de vol dans lesdits coffres forts.

### **ARTICLE 123. GESTION DES BIENS ET PROTECTIONS DES MAJEURS SOUS TUTELLE**

Les biens des incapables majeurs hospitalisés au sein de l'Hôpital NOVO ou sortis de l'Hôpital NOVO peuvent, sur décision de justice, être administrés, en considération des intérêts du patient, par un gérant de tutelle qui exerce ces fonctions sous le contrôle du Juge des Tutelles. Ce Gérant de Tutelle peut être un agent de l'hôpital choisi par le Directeur parmi les personnels administratifs. La tutelle en gérance recouvre la gestion des biens et la protection de la personne. La plupart des actes que le Gérant de Tutelle peut accomplir nécessitent une autorisation du Juge, en dehors des actes de gestion courante du patrimoine.

### **ARTICLE 124. HORAIRES QUOTIDIENS DU SEJOUR HOSPITALIER**

Le séjour hospitalier est organisé selon des horaires tenant compte des besoins des patients. Les plages horaires fixées sont les suivantes (sous réserve des nécessités d'ordre médical ou des contraintes exceptionnelles d'organisation) :

- Restauration :
  - Petit déjeuner : à partir de 7h30
  - Déjeuner : à partir de 12h00
  - Dîner : à partir de 18h00
  
- Visites : de 13h00 à 20h00 du lundi au dimanche, sauf dispositions particulières

## **ARTICLE 125. SERVICE DES REPAS**

Les repas sont servis individuellement, au lit du patient ou dans les locaux de séjour, en fonction des possibilités ou des pratiques internes au service.

Un repas peut être servi aux personnes rendant visite aux patients hospitalisés lorsqu'ils sont dans l'impossibilité de prendre leurs repas à l'extérieur, et sous réserve des moyens d'accueil de chaque service. Ces repas seront facturés au tarif visiteur fixé annuellement par le Directeur de l'Hôpital NOVO.

Les menus sont arrêtés par une commission des menus (comprenant, notamment, une diététicienne) et sont communiqués à chaque service, en liaison avec le Comité Local Alimentation – Nutrition. L'hospitalisé, dont le régime alimentaire est le régime normal, a la possibilité de choisir entre plusieurs mets, dans le respect des croyances. Sur prescription médicale, des régimes diététiques spéciaux sont servis.

## **ARTICLE 126. POURSUITE DE LA SCOLARITE**

Les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté au sein de l'hôpital lorsque leurs conditions d'hospitalisation le permettent ; la scolarité est organisée en tenant compte des contraintes d'ordre médical.

## **ARTICLE 127. AUTORISATIONS DE SORTIE EN COURS D'HOSPITALISATION**

Sur avis favorable du médecin chef de service, les patients peuvent – en fonction de leur état de santé et de la longueur de leur séjour – bénéficier de permissions de sortie d'une durée limitée (48 h au plus). Lorsqu'un patient ne rentre pas dans les délais impartis, l'administration le porte sortant, sauf cas de force majeure, et il ne peut être admis à nouveau que dans la mesure où une place est disponible. Lorsqu'un patient relève d'une hospitalisation en psychiatrie sans consentement, les autorisations de sorties sont régies par des textes spécifiques.

## **ARTICLE 128. AUTORISATIONS DE SORTIE DES MINEURS EN COURS D'HOSPITALISATION**

Des permissions de sortie peuvent être accordées au bénéfice des mineurs en cours d'hospitalisation, dans les mêmes conditions. Les mineurs sont confiés à leur père, mère, ou autre personne disposant de l'autorité parentale. Cette personne doit préciser à la Direction de l'hôpital si le mineur doit être confié à une tierce personne expressément autorisée par elle. La personne se présentant pour emmener l'enfant doit présenter les justificatifs nécessaires (pièce d'identité, éventuel extrait de jugement).

## **ARTICLE 129. EXERCICE DES CULTES**

Les personnes hospitalisées doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée au cadre de santé de l'unité de soins, la visite du ministre du culte de leur choix. Des ministres des différents cultes, agréés par l'Hôpital NOVO, sont à la disposition des patients, sur demande de leur part.

## **ARTICLE 130. SURVEILLANCE ET GARDE DES DETENUS A L'HOPITAL**

Les mesures de surveillance et de garde des détenus incombent exclusivement aux personnels de police, de gendarmerie, des forces armées ou de l'administration pénitentiaire et s'exercent sous leur responsabilité. En aucun cas le service de sécurité du site n'est habilité à y participer.

## **ARTICLE 131. INTERVENTIONS DU SERVICE SOCIAL**

Les services sociaux de chaque site ont pour mission de faciliter sous tous ses aspects la vie des patients à l'hôpital, ainsi que de rechercher et de proposer les actions nécessaires à leur accès aux soins et à leur réinsertion sociale, familiale, professionnelle ou scolaire. A la disposition des patients, des familles et des proches sur chaque site, ce service participe à la prévention, au dépistage et au traitement des répercussions familiales, économiques et psychologiques inhérentes à la maladie, au handicap et à l'âge. Il favorise l'accès ou le maintien aux droits sociaux et participe à la résolution des difficultés administratives ou juridiques en œuvrant au fonctionnement des PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé). Il aide à la mise en place des procédures de protection des personnes et des biens, lorsqu'elles s'avèrent nécessaires. Il prépare, en collaboration avec les autres intervenants, le retour et le maintien à domicile et organise si nécessaire l'admission dans une structure sanitaire ou sociale adaptée à la situation particulière des patients.

### **SECTION 2 - ACCES DES PERSONNES ETRANGERES A L'HOPITAL**

L'accès de l'Hôpital NOVO est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions et aux personnes qui se rendent au chevet d'un hospitalisé aux heures de visite. Le Directeur ou son représentant doit donc être immédiatement avisé de la présence de personnes étrangères au service, autres que les patients ou proches des patients et des personnels.

## **ARTICLE 132. VISITES**

Les visites aux hospitalisés ont lieu, en règle générale, entre 13h00 et 20h00, tous les jours. Cependant, les chefs de service peuvent être conduits à aménager ces horaires suivant les nécessités du service. Des dérogations aux horaires peuvent être autorisées à titre exceptionnel, avec l'accord du médecin responsable, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service. Lorsque l'état du patient le justifie, la présence d'un ou plusieurs proches peut être autorisée hors des heures de visite. Les proches d'un patient dont l'état est jugé critique, peuvent être admis à prendre leur repas dans l'Hôpital NOVO.

## **ARTICLE 133. RECOMMANDATIONS AUX VISITEURS**

Les visiteurs doivent respecter le repos des patients, éviter de gêner le fonctionnement du service, accepter sur demande du personnel de se retirer des chambres des patients ou d'autres locaux pendant l'exécution des soins et examens, s'abstenir d'imposer leur présence aux patients contre leur gré, garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif, et respecter strictement l'interdiction de fumer. Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans l'hôpital des médicaments (sauf accord express du médecin), boissons alcoolisées ou produits toxiques de quelque nature qu'ils soient. Il leur est déconseillé par

ailleurs d'apporter aux patients des denrées ou boissons, même non alcoolisées qui pourraient être incompatibles avec leur régime alimentaire. Les produits apportés à l'hôpital peuvent être détruits devant le patient ou sa famille. La responsabilité de l'Administration ne peut être engagée à l'occasion de tels faits. Le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et saisir la Direction pour décider l'expulsion du visiteur, avec éventuellement une interdiction de visite ultérieure.

### **ARTICLE 134. STAGIAIRES EXTERIEURS**

Les stages d'étudiants et professionnels au sein du site hospitalier doivent impérativement faire l'objet d'une convention entre le L'Hôpital NOVO et l'hôpital ou organisme dont dépend le stagiaire. Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage.

Il faut obligatoirement une convention entre un organisme dont dépend le stagiaire et l'Hôpital NOVO pour les unités de soins, rééducation et médico-techniques. La Direction des Soins ne prendra aucun stagiaire sans convention et rattachement à un organisme de formation. Les stagiaires mineurs ne sont pas admis dans les unités de soins.

### **ARTICLE 135. ASSOCIATIONS**

L'administration hospitalière facilite l'intervention d'associations qui proposent, de façon bénévole et dans le respect de la réglementation, un soutien ou des activités au bénéfice des patients, à leur demande ou avec leur accord, au sein du site hospitalier.

Préalablement à leurs interventions, ces associations doivent obtenir l'autorisation du Directeur et conclure avec l'Hôpital NOVO une convention définissant les droits et obligations réciproques. Cette convention est élaborée suivant une convention-type.

L'accès auprès des patients est subordonné à cette procédure ; le Chef de service peut s'opposer toutefois à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation du service. En tout état de cause, les personnes bénévoles ne peuvent dispenser de soin, d'apport hydrique ou alimentaire, sans accord express des professionnels responsables du patient.

Une convention régit les relations entre l'Hôpital NOVO et toute association liée à l'hôpital, que ses membres interviennent dans un, plusieurs ou l'ensemble des services, avec un siège social situé à l'extérieur du domaine public hospitalier ou domicilié en son sein.

### **ARTICLE 136. ACCES DES PROFESSIONNELS DE LA PRESSE**

L'accès des professionnels de la presse (journalistes et photographes) et des sociétés de production ainsi que les modalités d'exercice de leur profession au sein du Centre Hospitalier doivent préalablement faire l'objet d'une demande exprimée auprès de la Direction générale ou de la Direction de la Communication de l'Hôpital NOVO. L'accès est conditionné à la délivrance d'une autorisation écrite du Centre Hospitalier, selon la portée du sujet et donnée après avis et accord du Directeur ou son représentant ainsi que du responsable de la structure

médicale concernée. Les jours fériés et week-ends, ces professionnels doivent formuler leur demande auprès de l'Administrateur de garde.

L'accès des professionnels de la presse et des sociétés de production ou de tout tiers captant, enregistrant ou fixant les paroles ou l'image d'un patient est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier, et pour les mineurs et majeurs protégés, à l'accord du représentant légal. Les images (télévisées ou photographiques) ou l'enregistrement des paroles concernant des patients sont subordonnées au consentement libre et éclairé de ces derniers. Ce consentement doit être recueilli par écrit et une copie doit être versée au dossier du patient. Les images des patients sont réalisées sous l'entière responsabilité des professionnels de la presse ou des sociétés de production ; l'Hôpital NOVO ne saurait en aucune manière être appelé en garantie en cas de litige consécutif à leur utilisation.

### **ARTICLE 137. RESPECT DES REGLES DE FIXATION ET DE DIFFUSION DE L'IMAGE D'AUTRUI** **ACCES DES PROFESSIONNELS DE LA PRESSE**

Interdiction absolue de capter l'image de tout individu (patients, visiteurs, professionnel hospitalier...), sans l'autorisation expresse de la personne concernée ou de son représentant légal.

La diffusion des images ou vidéos captées doit elle aussi faire l'objet d'une autorisation expresse, libre et éclairée de la personne concernée, quel que soit le support de diffusion (site internet, réseaux sociaux, forum de discussion, messagerie...).

La personne peut déterminer l'usage de son image, en choisissant le mode de diffusion ainsi que la publicité ou non de la diffusion. La captation et la diffusion de l'image d'une personne sans son accord est susceptible d'engager la responsabilité civile ou pénale de la personne ayant capté ou diffusé l'image.

### **ARTICLE 138. UTILISATION DES RESEAUX SOCIAUX**

De principe il est rappelé à toute personne publiant un message sur le web et les réseaux sociaux :

- qu'elle est responsable de l'information produite et publiée, et qu'elle devra donc répondre aux infractions qui pourraient y être commises,
- que toute publication d'image d'un tiers (professionnels, usagers, patients) sur un réseau social ou sur le web doit faire l'objet d'une autorisation écrite de diffusion émanant de ce tiers en application du droit à l'image,
- que si la liberté d'expression s'applique, cette liberté ne doit pas faire l'objet d'un abus, abus caractérisé lorsque des propos injurieux, diffamatoires ou excessifs sont relevés.

### **ARTICLE 139. INTERDICTION D'ACCES AUX DEMARCHEURS, REPRESENTANTS ET ENQUETEURS**

L'accès au sein d'un site hospitalier de démarcheurs, représentants et enquêteurs est interdit, sauf accord du patient et autorisation spécifique de l'administration. Ceux-ci s'exposent à une expulsion immédiate s'ils pénètrent, sans autorisation écrite du Directeur, dans les chambres et les locaux hospitaliers. Aucune enquête notamment téléphonique ne peut être menée auprès des patients dans l'accord du Directeur : les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.



## **ARTICLE 140. INTERVENTION DES NOTAIRES**

Lorsqu'un patient hospitalisé sollicite son intervention, un notaire (dont la fonction lui confère la qualité d'officier public) peut se rendre auprès de celui-ci, quel que soit son état de santé, sans avoir à demander l'autorisation de l'administration hospitalière ; il lui appartient d'apprécier sous sa responsabilité la capacité de son client à accomplir des actes juridiques, et tout abus pouvant être constitutif d'une faute professionnelle relèverait de la seule compétence de l'autorité judiciaire.

### **SECTION 3 - REGLES DIVERSES**

#### **ARTICLE 141. RESPECT DE LA DIGNITE ET DE L'INTIMITE**

Le respect de la dignité et de l'intimité du patient doit être préservé par tous d'une manière générale, à tout moment de son séjour hospitalier.

Les personnes hospitalisées ne peuvent être amenées à participer à des présentations de cas destinées à des étudiants ou stagiaires, ou à recevoir des soins en présence d'un proche sans avoir donné au préalable leur consentement. Il ne peut être passé outre à leur refus.

Les personnels et les visiteurs extérieurs frappent avant d'entrer dans la chambre du patient et n'y pénètrent, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé. Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients sont proscrits, sauf en cas de volonté expresse de ces derniers à ce sujet.

Des mesures sont prises pour assurer la tranquillité des patients et réduire au mieux les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

#### **ARTICLE 142. DROITS CIVIQUES**

Les patients hospitalisés qui, en raison de leur état de santé, ne peuvent se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer leur droit de vote sur place, par procuration. Le Cadre de santé du service peut renseigner sur les formalités à accomplir. Par ailleurs, un patient peut, en cas de mort imminente, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte hospitalière, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le Procureur de la République.

#### **ARTICLE 143. NEUTRALITE DU SERVICE PUBLIC**

Au sein de l'institution hospitalière, toute personne est tenue au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles. Conformément à ce principe :

- les visites d'élus dans l'enceinte de l'Hôpital NOVO ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique ;

- les membres du Conseil de Surveillance de l'Hôpital NOVO ne peuvent effectuer des visites au sein d'un site que lorsqu'ils sont mandatés à cet effet par le Conseil de Surveillance ;
- les signes d'appartenance religieuse – quelle qu'en soit la nature – ne sont pas acceptés au sein de l'hôpital, qu'ils soient arborés – individuellement ou collectivement – par les patients, leurs familles, les visiteurs ou les personnels, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public ;
- les réunions publiques de quelque nature qu'elles soient, sont interdites au sein du site, sauf autorisation expresse du Directeur.

#### **ARTICLE 144. PRESTATAIRES DE SERVICE AU SEIN DE L'HOPITAL**

Des prestations de services assurées par des entreprises conventionnées avec l'Hôpital NOVO sont proposées aux patients dans les conditions fixées par la Direction Générale.

#### **ARTICLE 145. INTERDICTION DES POURBOIRES**

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les patients ou leur famille, à titre de gratification ou à titre de dépôt. Le dépôt des sommes d'argent auprès du régisseur du site ne peut s'effectuer par l'intermédiaire du personnel, sauf cas des admissions en urgence dans le cadre de l'inventaire des biens.

#### **ARTICLE 146. EFFETS PERSONNELS**

Les patients doivent prévoir pour leur séjour hospitalier du linge personnel et un nécessaire de toilette. Sauf cas particuliers, son entretien n'incombe pas à l'hôpital et sa conservation obéit aux règles générales de la responsabilité hospitalière. En cas de nécessité, des vêtements appropriés sont mis à disposition des patients pour la durée de leur hospitalisation.

#### **ARTICLE 147. JOUETS**

Les jouets appartenant aux enfants hospitalisés ou qui leur sont apportés leur sont remis après accord du service.

#### **ARTICLE 148. ANIMAUX DOMESTIQUES**

Les dispositions interdisant l'introduction d'animaux domestiques dans l'enceinte hospitalière ne font pas obstacle à ce que des chiens-guides pour les personnes non-voyantes ou malvoyantes soient autorisés à pénétrer au sein de l'hôpital, dans les limites fixées par la réglementation et dans les conditions définies avec le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

## **ARTICLE 149. COURRIER**

Le Service des Vaguemestres prend en charge les flux entrant, circulant et sortant des courriers et colis de l'Hôpital NOVO. Tout courrier ou colis dont le nom de la personne et du service destinataire ne serait pas identifié est remis à la Direction Générale.

## **ARTICLE 150. TELEPHONE**

Des postes téléphoniques peuvent être mis à la disposition des patients hospitalisés par une société prestataire. Les taxes correspondantes sont facturées par cette dernière. Les patients peuvent recevoir des communications téléphoniques aux horaires autorisés dans la mesure où celles-ci ne gênent pas le fonctionnement des services. Par mesure de sécurité les téléphones portables doivent être utilisés à distance des appareils biomédicaux pour éviter toute interférence.

## **ARTICLE 151. TELEVISION**

Des postes de télévision peuvent être mis à la disposition des patients hospitalisés par une société prestataire. Les frais de location sont facturés par cette dernière. Les téléviseurs personnels sont interdits dans les chambres afin d'éviter les accidents dont le patient devrait porter la responsabilité. Toutefois, les résidents de structures d'accueil de personnes âgées pourront apporter leur téléviseur personnel dans les chambres qui ne sont pas équipées, à la condition d'avoir souscrit une assurance en responsabilité civile couvrant les dégâts éventuellement occasionnés par cet appareil.

En aucun cas, les récepteurs de radio, de télévision ou d'autres appareils sonores ne doivent gêner le repos du patient ou de ses voisins.

---

# Partie V. Sortie des patients

---

## **SECTION 1 - SORTIE DES PATIENTS EN FIN DE SEJOUR**

### **ARTICLE 152. DECISION DE SORTIE**

Lorsque l'état du patient ne requiert plus son maintien à l'hôpital, sa sortie est prononcée par le Directeur sur proposition du Chef de service avec mention dans le dossier administratif du patient.

La sortie d'un militaire est signalée à sa hiérarchie ou, à défaut, à la gendarmerie.

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le patient et sa famille, les dispositions sont prises pour le transfert immédiat du patient dans un autre Hôpital adapté à son cas.

### **ARTICLE 153. ORGANISATION DE LA SORTIE DES PATIENTS ADULTES**

La sortie donne lieu, si besoin, à la remise au patient d'un bulletin de sortie indiquant les dates de son séjour ainsi qu'à la délivrance des certificats médicaux nécessaires à la justification de ses droits et les ordonnances indispensables à la continuation des soins. Le médecin traitant reçoit le plus tôt possible toutes informations propres à lui permettre de poursuivre la surveillance du patient s'il y a lieu.

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport par ambulance ou autre véhicule sanitaire peut être établie par un médecin hospitalier. Lorsque le coût du transport est à la charge du patient ou de l'Assurance Maladie, le patient dispose du libre choix de l'entreprise ; la liste complète des entreprises de transport sanitaire agréées du département est tenue à la disposition des patients.

En cas de dépôt à la régie de valeurs, le patient ou une personne mandatée par ses soins doit se présenter au cours des heures d'ouverture pour effectuer le retrait de l'argent et/ou des objets de valeur en dépôt soit sur place à la régie, soit à la Trésorerie de l'Hôpital NOVO avec tous les justificatifs nécessaires au retrait des biens.

Le formulaire annexé au livret d'accueil et destiné à recueillir les appréciations et observations du patient peut être déposé dans les urnes prévues à cet effet. Ces formulaires sont exploités et peuvent être consultés par les autorités de tutelle.

Le patient est également sollicité dans le cadre du dispositif e-Satis qui est le dispositif national de mesure en continu de la satisfaction et de l'expérience des patients. Cette mesure est effectuée depuis avril 2016 dans tous les établissements de santé concernés, grâce à des questionnaires fiables et validés par la Haute Autorité de santé. Les questionnaires sont adaptés au type de séjour (soit plus de 48h en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO), soit en chirurgie ambulatoire (CA), soit en soins de suite et de réadaptation (SSR)). Ils portent sur des dimensions qui suivent les étapes importantes du parcours de soins (cf. résultats des campagnes).

Le patient est informé à son admission. La GAP recueille les e-mails des patients concernés ou de parents ou proches selon le cas.

### **Participation du patient**

Concrètement, deux semaines après sa sortie, le patient reçoit un mail, envoyé automatiquement, contenant un lien unique, individuel et sécurisé lui permettant de se connecter au questionnaire e-Satis en ligne. Il peut y répondre jusqu'à 10 semaines suite à cet envoi.

## **ARTICLE 154. SORTIE DES MINEURS EN FIN D'HOSPITALISATION**

En principe, une personne exerçant l'autorité parentale est informée de la sortie du mineur. Elle doit informer la Direction si le mineur devra être confié à une tierce personne expressément autorisée de sa part ; dans ce cas, des pièces justificatives sont exigées à la sortie. Les mêmes règles s'appliquent lors des permissions de sortie en cours d'hospitalisation ainsi que lorsque l'état de santé d'un mineur examiné au niveau d'un service d'accueil des urgences ne justifie pas son hospitalisation. Toutefois ces règles ne s'appliquent pas lorsque le mineur s'est opposé à l'information des personnes titulaires de l'autorité parentale et est accompagné lors de sa sortie par une personne majeure de son choix.

## **ARTICLE 155. SORTIE DES NOUVEAU-NES**

Pour les sites disposant d'une maternité (Pontoise et Beaumont sur Oise), l'enfant quitte l'établissement en même temps que la mère, sauf en cas de nécessité médicale (notamment pour les enfants prématurés) ou en cas de force majeure.

## **SECTION 2 - CAS PARTICULIERS DE SORTIE**

### **ARTICLE 156. SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL**

Sauf cas particuliers, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'Hôpital NOVO. Toutefois, si de l'avis du médecin Chef de service elle est prématurée et présente un danger pour la santé, cette sortie sur décision du patient est assimilée à un refus de soins. Il est alors demandé au patient de signer une décharge consignait sa volonté de sortir contre avis médical malgré sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus ; en cas de refus de signer cette décharge, un procès-verbal est établi. Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, et que la sortie prématurée présente un danger pour l'intéressé, le médecin responsable du service – en plus de la procédure de décharge – saisit le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance nécessaire ; Si elle est demandée par un mineur opposé à l'information des personnes titulaires de l'autorité parentale, elle ne peut intervenir qu'avec l'accompagnement d'une personne majeure, et le médecin responsable saisit aussi le Procureur à la même fin.

Le responsable médical présent informe le médecin traitant dans les délais les plus courts de la sortie prématurée du patient. Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

### **ARTICLE 157. SORTIE SANS AVIS MEDICAL (A L'INSU DU SERVICE)**

Si un patient a quitté l'établissement sans prévenir, des recherches sont effectuées dans le périmètre hospitalier ; si ces recherches demeurent vaines et en accord avec la Direction, le commissariat de police est prévenu si la situation l'exige sur le plan médical ou légal. Dans ces cas, la famille ou le représentant légal du patient sont également informés sans délai.

Dans ces cas, un courrier est adressé au patient si possible à son domicile dans les délais les plus courts, pour l'informer des risques encourus pour sa santé et l'inciter à réintégrer le service ou à se faire soigner. Le médecin traitant est aussi informé de la sortie prématurée du patient. Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

### **ARTICLE 158. SORTIE DISCIPLINAIRE**

A l'exclusion des cas où l'état de santé ne le permettrait pas et lorsque le transfert dans un autre service n'est pas possible ou suffisant, la sortie d'un patient peut être prononcée par le Directeur, après avis médical, pour un manquement grave aux dispositions du règlement intérieur. Dans ces circonstances, la continuité des soins doit être assurée en organisant une alternative dont le patient est informé.

---

## Partie VI. Naissances et décès

---

### **SECTION 1 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX NAISSANCES**

#### **ARTICLE 159. DECLARATION DE NAISSANCE – CAS GENERAL**

La déclaration doit être effectuée conformément aux dispositions du code civil, dans les cinq jours suivant l'accouchement au service de l'état civil de la mairie du lieu de naissance.

Pour le site de Pontoise, un circuit spécifique est mis en place pour les mères isolées, ne pouvant se rendre sur le site de la mairie dans les délais impartis, entre l'établissement et la mairie de Pontoise ou de Beaumont sur Oise.

#### **ARTICLE 160. DECLARATIONS SPECIFIQUES AUX ENFANTS DECEDES DANS LA PERIODE PERINATALE**

Lorsqu'un enfant est né vivant et viable mais qu'il est décédé avant sa déclaration de naissance à l'Etat Civil, le médecin responsable établit un certificat médical attestant ces faits, en précisant les dates et heures de la naissance et du décès ; l'officier d'état civil établit, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès. Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques instants.

A défaut du certificat médical prévu à l'alinéa précédent, une déclaration d'« enfant sans vie » est établie, avec inscription sur un registre des décès du site hospitalier, et un acte correspondant est dressé par l'Officier d'Etat Civil. Cet acte est inscrit à sa date sur les registres de décès et il énonce les jour, heure et lieu d'accouchement, les prénoms et noms, dates et lieux de naissance, professions et domiciles des père et mère et, s'il y a lieu, ceux du déclarant. L'acte dressé ne préjuge pas de savoir si l'enfant a vécu ou non ; tout intéressé pourra saisir le tribunal de grande instance à l'effet de statuer sur la question.

### **SECTION 2 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX DECES**

#### **ARTICLE 161. ATTITUDE A L'APPROCHE DU DECES**

Lorsque l'état du patient s'est aggravé et qu'il est en fin de vie, la famille ou les proches du patient sont prévenus sans délai, et par tous moyens appropriés, de l'aggravation de son état.

Dans la mesure du possible, le patient est alors transporté dans une chambre individuelle du service avec toute la discrétion souhaitable.

Le patient peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir.

La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants ; la mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation : en revanche, les repas fournis sont à la charge du bénéficiaire.

## **ARTICLE 162. INFORMATION SUR LE DECES**

La famille ou les proches du patient sont prévenus du décès, médicalement constaté, dès que possible et par tous moyens, cette information est communiquée à la famille et aux proches du patient ou à la « personne à prévenir » désignée par ce dernier lors de son admission (cette personne ne correspond pas nécessairement à la « personne de confiance »). La notification du décès est faite aux autres personnes ou autorités ayant en charge le patient se trouvant dans une situation spécifique en droit ou de fait et, pour les personnes non identifiées, aux services de police. Par ailleurs, l'autorité judiciaire est avisée immédiatement par le Directeur ou son représentant prévenu par le médecin Chef de service en cas de signes ou d'indices de mort violente d'un patient hospitalisé.

Le service d'Etat Civil de la Mairie du lieu de décès est informé dans le délai légal et suivant les modalités définies, après mention du décès sur le registre des décès du site.

## **ARTICLE 163. FORMALITES ENTOURANT LE DECES**

Le décès est constaté par un médecin réglementairement habilité dans le cadre de ses fonctions de diagnostic. Le « certificat de décès », établi sur le site internet légal CertDC est consultable par l'agent en charge de l'état civil. Conformément à l'article 80 du Code Civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial, disponible au service de Gestion administrative des patients (GAP). La déclaration ainsi que le certificat de décès sont transmis dans les 24 heures au bureau d'Etat Civil de la Mairie dont relève le site.

Lors du décès médicalement constaté, il est procédé à la toilette et à l'habillage du défunt, conformément au protocole institutionnel. Deux membres de l'équipe soignante sont chargés de dresser l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clés... qu'il avait en sa possession. L'inventaire est inscrit au dossier patient et un registre est tenu par le régisseur. L'inventaire, mentionné à l'alinéa précédent, est signé par le cadre soignant ou l'infirmier(e) et le témoin, puis remis dans les 24 heures avec les objets qui y figurent, soigneusement enveloppés, dans des sacs prévus à cet effet, au régisseur des dépôts.

Aucun de ces objets ne peut être remis directement par le personnel aux ayants droit du patient ou aux proches du patient. Le régisseur de dépôt ne peut prendre en compte que les objets de valeur : bijoux, argent, carte bleue, chèques. Ces espèces et valeurs sont remis sous 48 heures ouvrables au comptable de l'établissement qui les restitue aux ayants droit sous réserve de présentation des justificatifs nécessaires.

En cas de non observation de ces règles, l'agent engage sa responsabilité et celle de l'hôpital. La dévolution des sommes d'argent, valeurs, bijoux et tout objet laissés par le défunt est opérée dans les conditions prévues par le Code Civil.

Le corps est ensuite déposé à la chambre mortuaire et il ne peut être transféré hors du site hospitalier qu'avec les autorisations exigées par les lois et règlements.

Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire. Les familles peuvent demander la présentation du corps à la chambre mortuaire du site hospitalier, pendant les heures d'ouverture.



Si un dépôt chez le régisseur avait été effectué avant le décès, c'est le seul Trésor Public qui peut restituer ce dépôt aux héritiers sur justification de leurs droits.  
Les effets et objets mobiliers ayant appartenu au malade décédé peuvent être incinérés, avec établissement d'un procès-verbal lorsque la sécurité sanitaire impose cette mesure.

### **ARTICLE 164. DON DU CORPS A LA SCIENCE**

Une personne peut avoir fait don de son corps au bénéfice d'un établissement d'enseignement et de recherche (Faculté de Médecine). Mais ce don ne peut être accepté que si la personne en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main, auprès de la Faculté de Médecine.

### **ARTICLE 165. LIBERTE DES FUNERAILLES. DISPOSITIONS TESTAMENTAIRES**

Le droit d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté fondamentale de l'individu qui peut l'exercer en consignant ses volontés dans un testament ou en souscrivant un contrat d'obsèques.

Les patients peuvent demander au notaire de leur choix de venir sur le site hospitalier pour y recueillir à leur chevet leurs dernières volontés (au besoin, le personnel du service peut servir de témoin).

Les patients peuvent aussi faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens à l'Hôpital NOVO, en assortissant ces libéralités, le cas échéant, de conditions qui seront strictement respectées. Par contre, les administrateurs, médecins et agents ne peuvent bénéficier de telles libéralités en leur faveur par des personnes hospitalisées. Il en est de même pour les médecins, et pharmaciens, ayant traité une personne pendant la maladie cause de son décès.

### **ARTICLE 166. DEPOT DES CORPS A LA CHAMBRE MORTUAIRE**

Après réalisation de l'inventaire des biens du défunt, le corps est déposé, en principe avant tout transfert, à la chambre mortuaire du site hospitalier.

En tous cas, la présentation du corps doit se dérouler dans un lieu spécialement préparé et conforme aux exigences de discrétion et de recueillement. Les agents concernés du site prennent en compte, si possible, après s'en être enquis auprès des familles, les souhaits exprimés au sujet des pratiques religieuses lors de la présentation du corps ou de la mise en bière. La présentation des corps au niveau de la chambre mortuaire s'effectue durant ses heures d'ouverture affichées sur sa porte d'entrée, figurant dans le guide des formalités remis par les agents de la chambre mortuaire et pouvant être précisées au niveau du service de décès.

Le séjour dans la chambre mortuaire du corps d'une personne décédée à l'hôpital ne donne pas lieu à facturation dans la limite de 3 jours en plus du jour du décès (non compris les dimanches et jours fériés).

## **ARTICLE 167. ORGANISATION DES OPERATIONS FUNERAIRES – LIBRE CHOIX DES OPERATEURS**

Après reconnaissance du corps, la famille organise les funérailles en s'adressant directement à l'opérateur funéraire de son choix auquel elle règle également directement les frais de convoi et d'obsèques.

La liste des opérateurs funéraires (régies, entreprises, associations) habilitées, par agrément préfectoral, à fournir ces prestations avec un guide des formalités à accomplir, sont remis à la famille. Cette liste comprenant aussi les chambres funéraires habilitées est affichée dans les locaux de la chambre mortuaire.

Sont strictement interdites toutes pratiques d'offre de services ou de démarchages qui seraient effectuées au sein du site en prévision d'obsèques pour obtenir ou faire obtenir la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès.

Il est également strictement interdit aux agents du site qui – à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions – ont connaissance d'un décès, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres – promesses – dons – présents ou avantages – de n'importe quelle nature pour faire connaître le décès aux opérateurs funéraires ou pour recommander aux familles les services d'un de ces opérateurs.

L'inhumation doit avoir lieu 6 jours au plus après le décès (dimanche et jour férié non compris), sauf dérogation préfectorale limitée à des circonstances particulières. Lorsque dans un délai de 10 jours au maximum un corps n'a pas été réclamé, c'est l'Hôpital NOVO qui fait procéder à l'inhumation en appliquant, s'il y a lieu, les dispositions concernant les indigents.

## **ARTICLE 168. MISE EN BIÈRE ET TRANSPORT APRES MISE EN BIÈRE**

En principe, le corps du patient décédé est mis en bière au niveau de la chambre mortuaire du site avant son transport pour inhumation ou incinération (en cas de prothèse renfermant des radioéléments, un médecin procède au préalable à sa récupération). La fermeture du cercueil est autorisée par l'officier d'état civil du lieu du décès, sur production du certificat adéquat parallèlement aux formalités de déclaration de décès et d'obtention du permis d'inhumer.

Quelle que soit la destination, le transport du corps en cercueil doit avoir été autorisé par le Maire de la commune du lieu de fermeture du cercueil (ou par le préfet du département quand le corps doit être transporté en dehors du territoire métropolitain).

Ces dispositions (comme les dispositions suivantes relatives aux transports sans mise en bière préalable) s'appliquent aux enfants nés vivants et viables mais décédés avant la déclaration de naissance, c'est-à-dire aux enfants ayant fait l'objet simultanément d'un acte de naissance et d'un acte de décès. Lorsque la famille décide d'organiser des funérailles, le recours à un opérateur funéraire est possible pour les enfants qui font l'objet d'une déclaration d'« enfant sans vie » aux services de l'Etat Civil ainsi qu'exceptionnellement (si la commune accepte l'inhumation) pour les enfants mort-nés ne pouvant donner lieu à une déclaration aux services de l'Etat Civil. La famille est informée par l'hôpital des différentes possibilités de prise en charge du corps, avec remise de la liste des opérateurs funéraires.

## **ARTICLE 169. TRANSPORT DE CORPS SANS MISE EN BIÈRE**

Tout transport sans mise en bière préalable n'est possible que dans le délai de 24 heures à compter du décès (délai pouvant être porté à 48 heures en cas de soins de conservation).

Sauf cas particulier, le départ du corps doit avoir lieu à partir de la chambre mortuaire du site au cours de ses plages horaires d'ouverture.

Un tel transport sans mise en bière peut s'effectuer à destination du domicile du défunt ou d'un membre de sa famille mais également du site hospitalier vers une chambre funéraire ; il peut aussi s'avérer nécessaire d'un site hospitalier à un autre site ou vers un hôpital extérieur à l'Hôpital NOVO dans le cadre de la recherche des causes du décès d'un patient ou encore dans des circonstances exceptionnelles (par exemple, absence de place disponible dans la chambre mortuaire du site hospitalier).

Dans ces diverses hypothèses, le transport de corps sans mise en bière d'un patient décédé au L'Hôpital NOVO doit être autorisé par le Directeur, sans autorisation formelle du Maire, lorsque le lieu d'accueil est situé sur le territoire de la commune du lieu de décès. Cette autorisation est subordonnée aux conditions médicales et médico-légales fixées par la réglementation.

L'autorisation du Maire devient nécessaire en cas de transport sans mise en bière hors de la commune du lieu de décès ; dans ce cas, un bracelet d'identification doit en outre être apposé sur le corps par un fonctionnaire de police.

Cette autorisation du Maire est aussi nécessaire lors d'un deuxième transport du corps sans mise en bière au sein de la commune.

---

## Partie VII. Dispositions financières

---

### **SECTION 1 - TARIFS DES CONSULTATIONS EXTERNES**

#### **ARTICLE 170. TARIFS**

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe à l'hôpital sont affichés dans la mesure du possible ou consultables auprès de l'Assurance Maladie ; ils correspondent aux tarifs appliqués par les praticiens et auxiliaires médicaux libéraux conventionnés avec l'assurance maladie. Tout patient ne bénéficiant pas d'une couverture sociale ou ne pouvant justifier de l'ouverture de droits à un quelconque organisme de prévoyance, doit s'acquitter de l'intégralité des soins externes sur le site. Lorsqu'il bénéficie d'un « tiers payant » pour la part sécurité sociale, le patient paie seulement le ticket modérateur sauf situation d'exonération spécifique ou de prise en charge par un autre organisme tiers.

#### **ARTICLE 171. PASS ET SERVICE SOCIAL**

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé ou le service social hospitalier peuvent intervenir pour l'accès aux consultations des personnes dépourvues de ressources suffisantes en s'appuyant sur les aides sociales légales et facultatives. De plus la PASS et le service social accompagnent le patient pour une ouverture de droits (AME, PUM, CSS) afin de garantir l'accès aux soins.

### **SECTION 2 - FRAIS DE SEJOUR HOSPITALIER**

#### **ARTICLE 172. REGIMES D'HOSPITALISATION**

L'Hôpital NOVO comporte deux régimes d'hospitalisation : le régime commun et le régime particulier lequel comprend des chambres à un lit.

Le régime commun ne donne lieu à facturation d'aucun supplément par rapport au prix de journée et au forfait journalier (sous conditions de prise en charge).

Le régime particulier peut donner lieu à facturation d'un supplément dit de chambre particulière aux tarifs arrêtés par l'Hôpital NOVO soit par le patient directement soit par sa complémentaire santé.

Lorsque l'état d'un patient requiert son isolement en chambre à un lit, il y est admis dans les meilleurs délais, tout en demeurant placé sous le régime commun.

#### **ARTICLE 173. HOSPITALISATIONS ET CONSULTATIONS EXTERNES EN ACTIVITE LIBERALE**

Les patients peuvent être admis, sur leur demande et avec l'accord du médecin intéressé, au titre de l'activité libérale des praticiens temps plein.

En principe, aucun patient ne peut être transféré dans le secteur privé s'il a été admis dans l'Hôpital NOVO au titre du secteur public, ni être transféré dans le secteur public s'il a été admis dans le secteur privé.

Le transfert d'un secteur à l'autre peut toutefois, à titre exceptionnel, être autorisé par le Directeur sur demande motivée du patient ou de ses ayants droit et après avis du Chef de service.

Outre les consultations publiques, des consultations externes peuvent être effectuées dans le cadre de l'activité libérale que pratiquent certains praticiens hospitaliers.

Le choix du secteur libéral implique, pour les consultations externes, les mêmes conditions particulières que pour les hospitalisations dudit secteur.

L'encaissement des honoraires d'activité libérale est effectué selon les modalités déterminées par la loi.

### **ARTICLE 174. TARIFS DES PRESTATIONS**

Les frais de séjour résultent de l'application de tarifs de prestations représentant le coût d'une journée d'hospitalisation dans une discipline médicale donnée. Il existe un tarif par discipline d'hospitalisation, fixé par l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France, facturable et facturé pour toute journée d'hospitalisation au patient ou à un tiers payeur.

### **ARTICLE 175. FORFAIT JOURNALIER**

Le forfait journalier, fixé par arrêté interministériel, représente une participation du patient à ses frais de séjour qui est dû en plus des tarifs de prestations pour chaque journée d'hospitalisation à temps complet. Le forfait journalier doit être réglé au service de Gestion administrative des patients (GAP) du site le jour de la sortie (sauf prise en charge par un tiers payant).

### **ARTICLE 176. PAIEMENT DES FRAIS DE SEJOUR ET PROVISIONS**

Lors de l'admission, si les frais de séjour ne peuvent être pris en charge par un organisme tiers, un engagement de payer doit être souscrit, avec versement immédiat – sauf dans les cas d'urgence médicalement constatée – d'une provision calculée sur la base de la durée estimée du séjour. Toutefois, sauf dans les mêmes cas d'urgence, les patients étrangers non-résidents sont tenus au dépôt préalable et intégral de cette provision à défaut d'un document attestant d'une prise en charge certaine par leur pays d'origine qui soit accepté par l'Hôpital NOVO.

Quel que soit le statut du patient, en cas de reste à charge du patient le non-paiement des frais de séjour oblige la Trésorerie de l'Hôpital NOVO à exercer des poursuites contre les patients, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire

### **ARTICLE 177. DISPOSITIONS PARTICULIERES A CERTAINS PATIENTS**

Le service de Gestion administrative des patients (GAP) peut fournir des précisions sur les règles spécifiques applicables à diverses catégories de patients en matière de prise en charge des frais de séjour.

## **ARTICLE 178. HONORAIRES DES MEDECINS AU TITRE DE LEUR ACTIVITE LIBERALE**

Ces honoraires, à régler indépendamment des frais de séjour hospitalier, sont fixés par entente directe entre le patient et le médecin. Le patient reçoit une information à ce sujet, préalablement à son choix de prise en charge médicale.

## **ARTICLE 179. PRESTATIONS FOURNIES AUX ACCOMPAGNANTS**

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'hôpital pour les personnes accompagnant les patients hospitalisés sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé annuellement.

La mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne néanmoins pas lieu à facturation pour les personnes assistant un enfant ou bien un patient en fin de vie.

---

## Partie VIII. Dispositions relatives aux personnels

---

Le statut du personnel est régi par le Titre I et le Titre IV du Statut Général des Fonctionnaires. Un vade-mecum guide pratique de gestion du personnel non médical précise l'ensemble des règles applicables à la gestion et à l'organisation du personnel de l'Hôpital NOVO. Le statut du personnel médical est quant à lui régi par les textes en vigueur.

### **SECTION 1 - REGLES FONDEES SUR LE RESPECT DU PATIENT**

#### **ARTICLE 180. DEVOIR D'INFORMATION DU PUBLIC**

Les personnels hospitaliers répondent aux demandes d'information des usagers dans le respect des règles énoncées dans les deux rubriques suivantes. Ils participent ainsi à la **transparence** des décisions et des dossiers.

#### **ARTICLE 181. SECRET PROFESSIONNEL**

Institué dans l'intérêt des patients, qui ont droit au respect de leur vie privée et du secret des informations les concernant, le secret professionnel s'impose à tous, étant précisé que les informations concernant une personne prise en charge par une équipe de soins dans un Hôpital NOVO hospitalier sont réputées confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe. La violation du secret professionnel est passible de sanctions non seulement disciplinaires mais aussi pénales.

L'article 226-13 du Code pénal relatif au secret professionnel n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République ;

4° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

## **ARTICLE 182. DEVOIR DE RESERVE ET DE DISCRETION PROFESSIONNELLE**

### Article 186-1 Devoir de Réserve

Tout agent hospitalier (fonctionnaire, stagiaire, contractuel...) doit **faire preuve de réserve** et de retenue dans l'expression écrite et orale de ses opinions personnelles. L'obligation de réserve n'est pas conçue comme une interdiction d'exercer les droits élémentaires du citoyen : liberté d'opinion et liberté d'expression. Le devoir de réserve ne concerne pas le contenu des opinions, mais leur mode d'expression. L'obligation de réserve s'applique **pendant et en dehors du temps de travail**.

Aucune marque extérieure d'appartenance religieuse ou politique n'est acceptée sur les lieux de travail.

Les signes d'appartenance religieuse ne sont pas tolérés au sein de l'établissement, qu'ils soient arborés individuellement ou collectivement dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou dès lors qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public. Chacun est tenu de respecter la Charte de la Laïcité. Le droit syndical des personnels de l'hôpital s'exerce conformément à la réglementation en vigueur en tenant compte des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

Le non-respect de l'obligation de réserve peut justifier qu'une procédure disciplinaire soit engagée par la Direction de l'Etablissement.

### Article 186-2 Discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les agents hospitaliers sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. Le secret couvre tout ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnes ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de la Direction Générale. Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, agents d'assurance et démarcheurs.



Il est interdit de donner à toute personne étrangère à l'Hôpital NOVO et notamment à des journalistes, agents d'assurance ou démarcheurs, communication de documents ou informations portant sur l'identité ou l'état de santé des patients hospitalisés ou consultants externes.

L'obligation de discrétion professionnelle et l'interdiction de diffuser ou communiquer les documents cités à l'alinéa précédent s'étendent à l'utilisation des réseaux sociaux.

### **ARTICLE 183. BONNES PRATIQUES SUR LES RESEAUX SOCIAUX**

Tout professionnel de l'Hôpital NOVO qui s'exprime sur les réseaux sociaux, même sous un pseudonyme doit conserver une attitude professionnelle et respecter les règles d'usage suivantes : séparer sa vie privée de sa fonction professionnelle, respecter le secret médical et professionnel, ne pas tenir de propos allant à l'encontre de l'image des intérêts de l'établissement, y compris indirectement, respecter le droit à l'image.

De principe il est rappelé à toute personne publiant un message sur le web et les réseaux sociaux :

- qu'elle est responsable de l'information produite et publiée, et qu'elle devra donc répondre aux infractions qui pourraient y être commises,
- que toute publication d'image d'un tiers (professionnels, usagers, patients) sur un réseau social ou sur le web doit faire l'objet d'une autorisation écrite de diffusion émanant de ce tiers en application du droit à l'image,
- que si la liberté d'expression s'applique, cette liberté ne doit pas faire l'objet d'un abus, abus caractérisé lorsque des propos injurieux, diffamatoires ou excessifs sont relevés.

Par ailleurs, il est rappelé que le secret médical ainsi que le secret professionnel doivent être respectés sur le web et les réseaux sociaux.

Tout agent manquant à ses obligations professionnelles (droit de réserve, devoir d'obéissance hiérarchique, atteinte à l'image de l'Hôpital NOVO, non-respect du secret professionnel ou du secret médical...) encoure une sanction disciplinaire, y compris pour de propos publiés sur les réseaux sociaux. Ces consignes concernent également les réseaux sociaux privés de l'agent.

### **ARTICLE 184. RESPECT DES REGLES DE FIXATION ET DIFFUSION DE L'IMAGE D'AUTRUI**

Il est formellement **interdit de capturer l'image de tout individu** (patients, visiteurs, autre professionnel hospitalier...), **sans l'autorisation expresse de la personne concernée ou de son représentant légal.**

La diffusion des images ou vidéos captées doit elle aussi faire l'objet d'une autorisation expresse, libre et éclairée de la personne concernée, quel que soit le support de diffusion (site internet, réseaux sociaux, forum de discussion, messagerie...).

La personne peut déterminer l'usage de son image, en choisissant le mode de diffusion ainsi que la publicité ou non de la diffusion. La captation et la diffusion de l'image d'une personne sans son accord est susceptible d'engager la responsabilité civile ou pénale de la personne ayant capté ou diffusé l'image. *Ces diffusions doivent se faire en respectant l'alinéa n° ...*  
« *DEVOIR DE RESERVE et DISCRETION PROFESSIONNELLE* »

## **ARTICLE 185. RELATIONS AVEC LES MEDIAS**

L'accès des professionnels de la presse (journalistes, photographes, reporter.) ou des sociétés de production ainsi que les modalités d'exercice de leur profession au sein de l'Hôpital NOVO doivent préalablement faire l'objet d'une **demande exprimée auprès de la Direction de la Communication de l'Hôpital NOVO**.

L'accès est conditionné à la **délivrance d'une autorisation écrite de l'Hôpital NOVO** donnée après avis et accord du Directeur ou son représentant ainsi que du responsable de la structure médicale concernée. Les jours fériés et week-ends, ces professionnels doivent formuler leur demande auprès de l'Administrateur de garde.

Ces règles s'appliquent dès l'entrée des sites de l'Hôpital NOVO. Il est par conséquent interdit aux médias (journaliste, société de production, photographes.) de pénétrer dans l'enceinte extérieure des sites De l'établissement, dans le but d'exercer leur métier, sans accord préalable.

La possibilité pour un professionnel de la presse, une société de production ou de tout tiers captant d'enregistrer ou fixer les paroles ou l'image d'un patient est subordonnée au **consentement libre et éclairé** de ce dernier (et pour les mineurs et majeurs protégés, à l'accord du représentant légal). Ce consentement doit être recueilli par écrit. Le formulaire doit être mis à la disposition du patient par le professionnel demandeur (journaliste, société de production). Une copie de l'accord doit être adressée à la Direction de la Communication.

Les images des patients sont réalisées sous l'entière responsabilité des professionnels de la presse ou des sociétés de production ; l'hôpital NOVO ne saurait en aucune manière être appelé en garantie en cas de litige consécutif à leur utilisation.

## **ARTICLE 186. COMMUNICATION AU SEIN DE L'HOPITAL NOVO**

### ***Respect de la charte graphique***

L'hôpital NOVO est doté d'une charte graphique qui définit l'ensemble des règles fondamentales d'utilisation des signes graphiques qui constituent l'identité visuelle de l'établissement. Le personnel veille au respect de cette identité dans l'exercice de ses fonctions et dans toute action de communication.

Le logo de l'Hôpital NOVO reste l'identité forte et unique de l'institution. Son utilisation sur tout support est conseillée pour valoriser au mieux l'établissement mais soumise obligatoirement à validation par la direction de la communication (les règles d'utilisation du logo sont accessibles sur l'Intranet, rubrique Communication)

La création et la diffusion de supports d'informations (à destination externe et/ou interne) doit être réalisée en lien avec la Direction de la Communication, garant du respect de la charte graphique.

### ***Affichage dans l'Hôpital NOVO***

L'affichage obligatoire de certaines informations définies notamment par le Code du Travail et le Code de la Santé Publique se fait sur les panneaux spécialement prévus à cet effet

L'affichage est autorisé au sein de l'Hôpital NOVO aux endroits autorisés. Tout document affiché en dehors de ces emplacements dédiés ou sans rapport avec la nature de l'information autorisée sera immédiatement retiré.

L'affichage publicitaire est interdit au sein de l'Hôpital NOVO.

### ***Site Internet et réseaux sociaux de l'hôpital NOVO***

La communication digitale est encadrée par la Direction de la communication qui est garante de l'identité numérique et de l'image de l'Hôpital NOVO sur son site internet et les médias sociaux.

Seuls le(s) site(s) internet [www.hopital-novo.fr](http://www.hopital-novo.fr) et les comptes officiels sur les réseaux sociaux de l'Hôpital NOVO sont **légitimes pour diffuser l'information officielle de l'Hôpital NOVO**. Pour toute autre demande de communication ou création de compte en lien avec une activité de l'Hôpital NOVO via des supports numériques (site internet, blog, réseaux sociaux, etc.), celle-ci doit faire l'objet d'une demande adressée à la direction de la communication. Une décision sera rendue en conformité avec la stratégie digitale de l'Hôpital NOVO.

**L'hôpital NOVO dispose de comptes officiels et institutionnels sur les réseaux sociaux** (Twitter, YouTube, Facebook, LinkedIn, Pages Google business...), vecteurs de communication institutionnels et officiels. Les propositions de publication en lien avec les activités et/ou citant les comptes de l'Hôpital NOVO selon le réseau social sont à envoyer à la Direction de la Communication

## **ARTICLE 187. RESPECT DU CONFORT DES PATIENTS**

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonctions, d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients dont ils ont la charge. D'une manière générale, ils prennent toutes dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein des locaux hospitaliers.

Le soulagement de la souffrance des patients doit être une préoccupation constante de tous les personnels.

Par son comportement, chaque membre du personnel participe à la lutte contre le bruit (tout particulièrement la nuit) dans les services de soins.

## **ARTICLE 188. EXIGENCE D'UNE TENUE CORRECTE**

La tenue est un élément du respect dû aux patients et permet l'identification du professionnel de santé intervenant auprès du patient. Les tenues fournies par l'Hôpital NOVO sont adaptées aux emplois, aux secteurs d'activité et aux zones de risque identifiées (bloc opératoire, thérapie cellulaire, réanimations, urgences gynéco-obstétrique et bloc d'accouchement, stérilisation, restauration, samu, ..).

Les personnels sont dans l'obligation de les porter pendant toute la durée de leur service, dans le strict respect des circuits définis. Cette obligation concerne les services de soins ainsi que les services techniques.

Le port des Equipements de Protection Individuels est obligatoire à chaque fois que l'activité le nécessite.

Il est interdit de porter, pour des raisons de sécurité et d'hygiène :

- les tenues professionnelles spécifiques des zones de risques à l'extérieur du service,
- les tenues professionnelles à l'extérieur de l'Hôpital NOVO ou pour se rendre au self hospitalier,

Une tenue correcte, tant dans l'habillement que dans le langage, est exigée de l'ensemble des personnes travaillant à l'hôpital.

Afin de se faire connaître aux patients et à leurs familles, les personnels de l'hôpital en contact avec les hospitalisés ou le public portent en évidence, pendant l'exécution de leur service, un badge ou tout autre moyen d'identification précisant leur nom, leur prénom et leur qualité.

De plus, par respect pour le patient, les usagers et les autres membres du personnel :

- pas de port de signe extérieur à portée symbolique ou révélant ostensiblement notamment une croyance, une appartenance politique, religieuse ou syndicale.

L'usage du téléphone portable personnel (ou de la tablette) est toléré uniquement en mode silencieux. Son utilisation doit rester limitée et discrète afin de respecter les patients ainsi que l'environnement professionnel.

### **ARTICLE 189. IDENTIFICATION VIS-A-VIS DES INTERLOCUTEURS**

Afin de se faire connaître aux patients et à leurs familles et sauf exceptions dictées par l'intérêt général et la protection du personnel décidées par le Directeur, les personnes de l'hôpital en contact avec les hospitalisés ou le public portent des tenues fournies par l'Hôpital NOVO qui sont adaptées à leurs emplois et secteurs d'activité et qui mettent en évidence, pendant l'exécution de leur service, leur nom et leur prénom. Ces dispositions s'appliquent également aux personnels des associations et prestataires visés dans le présent règlement.

### **ARTICLE 190. ACCUEIL ET RESPECT DU LIBRE CHOIX DES FAMILLES**

L'accueil et l'information des familles s'effectuent avec tact et ménagement, en toute circonstance.

Sous peine de sanctions, le libre choix des familles est rigoureusement respecté lorsque celles-ci désirent faire appel à une entreprise de transport sanitaire ou à un opérateur funéraire : les listes des entreprises proposant la mise à disposition de produits de santé (appareillages inclus).

## **SECTION 2 - AUTRES REGLES DE COMPORTEMENT PROFESSIONNEL**

### **ARTICLE 191. OBLIGATION DE DESINTERESSEMENT – OBLIGATION DE DECLARATION D'INTERETS**

Les personnels de l'hôpital ne peuvent prendre, par eux-mêmes ou par personnes interposées, des intérêts dans une entreprise en relation avec l'Hôpital NOVO qui soient de nature à compromettre leur indépendance. S'ils ont un intérêt direct ou indirect dans le fonctionnement d'une telle entreprise, ils doivent en informer l'Administration pour lui permettre de gérer le risque de conflit d'intérêts, dès lors qu'ils participent au sein de l'hôpital à des activités susceptibles de les mettre en relation directe ou indirecte avec cette entreprise ou s'ils sont impliqués dans la mise en œuvre d'une procédure d'achat dans le secteur d'activité de cette entreprise.

Sont applicables dans ce domaine des sanctions non seulement disciplinaires mais pénales.

### **ARTICLE 192. INTERDICTION D'EXERCER UNE ACTIVITE PRIVEE LUCRATIVE**

Les fonctionnaires et les agents non titulaires consacrent l'intégralité de leur activité professionnelle à leur emploi à l'Hôpital NOVO.

Ils ne peuvent exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit, parallèlement à leur activité.

Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par la réglementation générale sur les cumuls d'activité et de rémunération.

Les agents peuvent ainsi être autorisés à exercer, à titre accessoire et hors de leur temps de travail, une activité sous réserve que celle-ci ne porte pas atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance ou à la neutralité du service, qu'elle soit compatible avec les fonctions qui leur sont confiées et qu'elle n'affecte pas leur exercice.

L'autorisation relève de l'appréciation du Directeur Général au regard des règles de fonctionnement de l'Hôpital NOVO et de l'organisation du service. Elle est préalable au début de l'activité accessoire envisagée par l'agent.

Enfin, l'exercice de cette activité accessoire doit cesser en cas d'arrêt maladie, de quelque nature qu'il soit.

### **ARTICLE 193. INTERDICTION DE BENEFICIER D'AVANTAGES EN NATURE OU EN ESPECES**

Il est interdit aux personnels de l'hôpital de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces, provenant d'entreprises qui assurent des prestations, produisent ou commercialisent des produits pris en charge par les régimes de Sécurité Sociale.

Les agents ne peuvent accepter des patients ou de leurs familles aucune rémunération ni pourboire lié à l'exécution de leur service.

## **ARTICLE 194. EXECUTION DES INSTRUCTIONS REÇUES ET OBLIGATION D’OBEISSANCE HIERARCHIQUE**

Tout agent de l’hôpital, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l’exécution des tâches qui lui sont confiées. Il a l’obligation de se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l’ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public. Il n’est déchargé d’aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.

Afin d’assurer la continuité du service, il peut être demandé à un agent d’exécuter le travail d’un collègue momentanément empêché après avoir étudié les autres hypothèses possibles ; l’exécution de cet ordre ne peut être refusé. L’application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d’exercice des professions codifiées par les lois et règlements en vigueur.

Le droit de grève s’exerce dans le cadre des lois qui le réglementent. Le caractère de service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum dégagé par la jurisprudence. Le Directeur a le droit d’assigner au service des agents indispensables à son fonctionnement minimum, selon les règles en vigueur établies après concertation avec les organisations syndicales.

## **ARTICLE 195. ASSIDUITE ET PONCTUALITE**

Tout agent est tenu d’exercer ses fonctions au sein de l’hôpital avec l’assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier ; il respecte ses horaires de travail établis en application des dispositions fixées au niveau national et fixés par tableaux de services et plannings.

Le personnel médical est tenu de répondre aux convocations de la médecine de santé au travail.

La participation de l’ensemble du personnel concerné par les formations relatives à la sécurité et à la radioprotection des travailleurs et des patients est obligatoire.

## **ARTICLE 196. INFORMATION AU SUPERIEUR HIERARCHIQUE**

Tout agent avise son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des situations le plaçant dans l’impossibilité d’assurer une vacation de travail planifiée ainsi que des incidents de toute nature dont il a connaissance à l’occasion de son service. De même, tout agent amené à conduire un véhicule de l’Administration dans le cadre de ses fonctions doit obligatoirement et immédiatement informer son supérieur hiérarchique de toute mesure de suspension ou d’annulation du permis de conduire dont il peut être l’objet.

## **ARTICLE 197. UTILISATION DES VEHICULES**

Tout agent amené à conduire un véhicule de l’hôpital dans le cadre de ses fonctions doit être en mesure de présenter un permis de conduire à jour. En cas de mesure de suspension ou d’annulation du permis de conduire, l’agent amené à utiliser un véhicule de l’hôpital doit obligatoirement et immédiatement informer son supérieur hiérarchique.

## **ARTICLE 198. OBLIGATION DE SIGNALEMENT DES INCIDENTS OU RISQUES**

Tout agent qui a connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque d'incident lié à l'utilisation d'un médicament, d'un produit sanguin labile ou d'un dispositif médical est tenu d'en alerter immédiatement le correspondant local assurant au sein de l'hôpital la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernée. Tout agent qui a connaissance d'un événement indésirable concernant tout secteur de la vie hospitalière est tenu de le signaler. Il adresse son signalement selon les procédures définies et, en l'absence de toute autre procédure de signalement spécifique à l'événement déclaré, à la Direction.

## **ARTICLE 199. TEMOIGNAGE EN JUSTICE OU AUPRES DE LA POLICE**

Lorsqu'ils sont appelés à témoigner en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, les personnels préviennent le Directeur et l'informent des suites à l'issue de leur audition.

## **ARTICLE 200. BON USAGE DES BIENS DE L'HOPITAL**

Les membres du personnel veillent à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par l'Hôpital NOVO. L'hôpital est amené à exiger un remboursement en cas de dégradation volontaire ou d'incurie caractérisée.

## **ARTICLE 201. BONNE UTILISATION DU SYSTEME D'INFORMATION**

Chaque agent, dans ses propres situations de travail, doit se conformer aux bonnes pratiques d'utilisation du système par lequel l'administration met à sa disposition les technologies de l'information et de la communication. Il doit appliquer les dispositions légales en la matière en respectant la charte informatique et les règlements de l'institution. Dans le respect des lois, l'administration exerce la surveillance du système d'information et de l'utilisation qui en est faite par ses professionnels, sous réserve d'une information préalable.

## **ARTICLE 202. OBLIGATION DE DEPOSER LES BIENS CONFIES PAR LES PATIENTS OU TROUVES DANS L'HOPITAL**

Aucun agent hospitalier ne doit conserver par-devers lui des objets, documents ou valeurs qui lui seraient confié exceptionnellement par des patients. Ces biens sont déposés sans délai auprès du régisseur ou, en dehors des heures d'ouverture de la régie, dans un coffre destiné à cet usage. Tout bien découvert ou trouvé au sein de l'hôpital est directement remis au cadre désigné par le Directeur, pour en organiser la conservation et en assurer la restitution.

## **ARTICLE 203. RESPECT DES REGLES D'HYGIENE ET DE SECURITE**

Les personnels de l'hôpital doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Notamment, ils doivent respecter les pré-requis à une hygiène des mains efficace : pas de port de bijoux (y compris l'alliance) au niveau

des mains et des poignets, avoir des ongles courts, sans vernis ni faux-ongles et des manches courtes.

Ils doivent également porter en présence des patients les tenues fournies par l'Hôpital NOVO et respecter l'interdiction de fumer.

Les personnels ont également l'obligation de participer aux mesures de prévention et aux actions de formations spécifiques pour assurer la sécurité et la qualité des soins au sein de l'hôpital et auprès de ses usagers. Ils se soumettent aux mesures de surveillance de leur état de santé et de prévention des risques professionnels qui sont organisées sur les lieux de travail en fonction de leurs emplois (visite médicale périodique, mesures spécifiques à certains postes de travail). Un membre du personnel peut se retirer d'une situation présentant à son avis un danger grave et imminent pour sa vie ou santé sous réserve de ne pas créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent et d'en informer la Direction.

### **ARTICLE 204. INTERDICTION DES PRODUITS PSYCHOACTIFS**

Il est interdit au personnel de l'Hôpital NOVO d'introduire, de distribuer ou de consommer de l'alcool ou des produits psychoactifs, notamment des stupéfiants, au sein de l'Hôpital NOVO.

Certaines boissons (article R.4228-20 du code du travail) comme le vin ou la bière pourront éventuellement être distribuées et consommées de manière modérée dans l'enceinte des restaurants du personnel, et lors de réunions autorisées par la direction. Tout pot ou moment de convivialité doit en effet avoir reçu une autorisation préalable du Directeur de l'établissement mentionnant l'horaire et le lieu de l'évènement.

En cas d'état manifestement incompatible avec la prise de poste, un agent peut être invité à passer un contrôle par éthylotest ou un dépistage salivaire. L'agent contrôlé peut désigner s'il le souhaite, un tiers qui sera présent lors du contrôle. Il peut également solliciter une contre-expertise. Le Directeur peut saisir le service de Médecine de santé au travail pour effectuer ces contrôles.

En cas de refus de dépistage ou de test positif, l'agent peut faire l'objet d'une mise à pied conservatoire, et par la suite de sanctions disciplinaires.

Le Directeur peut interdire à un agent ayant un comportement ou se trouvant dans un état paraissant incompatible avec l'exercice de ses fonctions de pénétrer dans l'enceinte de l'Hôpital NOVO ou de travailler.

### **ARTICLE 205. TABAGISME**

Conformément à la législation, il est strictement interdit de fumer à l'intérieur de l'hôpital. Les règles sont les mêmes pour la cigarette électronique.

Les agents qui quittent momentanément le service afin de pouvoir fumer à l'extérieur de l'hôpital doivent veiller à ne pas s'absenter au-delà des temps de pause réglementairement prévus.



## **ARTICLE 206. DEVELOPPEMENT DURABLE**

Conscients des impacts des activités de l'Hôpital NOVO sur l'environnement, l'établissement s'engage dans une politique de développement durable, en prenant en compte la dimension environnementale, économique et sociale.

La charte du développement durable, signée en mai 2013, définit ainsi des cibles que les professionnels de l'établissement doivent mettre en œuvre.

Les professionnels doivent ainsi :

- agir sur la gestion des déchets, en optimisant le tri, en diminuant la quantité de déchets et en favorisant le recyclage.
- préserver les ressources, en maîtrisant les consommations d'énergie, d'eau et de papier.
- se sensibiliser aux éco-gestes et favoriser le co-voiturage, l'éco-conduite et les transports en commun.
- se former aux bonnes pratiques professionnelles et contribuer à l'éducation à la santé.

L'Hôpital s'engage également dans l'achat de produits et matériaux respectant l'environnement.

## **ARTICLE 207. EFFETS ET BIENS DU PERSONNEL**

Le personnel, dans son ensemble, est responsable de ses effets et biens personnels.

Les vols, pertes (voire déprédations) d'argent, valeurs ou objets divers ne peuvent être imputés à la responsabilité de l'Hôpital NOVO.

## **ARTICLE 208. AFFICHAGE**

L'affichage est autorisé au sein de l'Hôpital NOVO aux endroits autorisés par le Directeur Général.

Tout affichage en dehors des zones dédiées ou sans rapport avec la nature de l'information autorisée sera immédiatement retiré.

L'affichage dans les ascenseurs est interdit.

L'affichage publicitaire est proscrit au sein de l'ensemble des sites de l'hôpital NOVO.

## **ARTICLE 209. ACTIVITES DE VENTE DE PRODUITS PAR LES AGENTS SUR LEUR LIEU DE TRAVAIL**

Sauf dérogation expresse motivée, les agents de l'Hôpital NOVO ne sont pas autorisés à pratiquer des activités de vente de produits ou de service durant leurs heures de service au sein de l'Hôpital NOVO.

### **SECTION 3 - DROITS DU PERSONNEL**

Les agents bénéficient, pour l'essentiel, des mêmes libertés publiques que les autres citoyens.

Le comportement et les propos de chacun au sein de l'Hôpital NOVO doivent être adaptés aux principes élémentaires de civilité qui régissent les relations sociales.

#### **ARTICLE 210. LIBERTE D'OPINION – NON DISCRIMINATION**

La liberté d'opinion est garantie aux fonctionnaires.

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur apparence physique, de leur handicap ou de leur appartenance ou de leur non appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une race.

Toutefois, des distinctions peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions.

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leur sexe.

La carrière d'un fonctionnaire candidat ou élu ne saurait être affectée par les votes ou opinions émis au cours de leur campagne électorale ou de leur mandat.

De même, la carrière des fonctionnaires siégeant, à un autre titre que celui de représentants d'une collectivité publique, au sein d'une institution prévue par la loi ou d'un organisme consultatif placé auprès des pouvoirs publics ne saurait être influencée par les positions qu'ils y ont prises.

#### **ARTICLE 211. PROTECTION CONTRE LE HARCELEMENT**

La carrière du fonctionnaire ne pourra en aucune manière être affectée en raison de la circonstance qu'il aura subi ou refusé de subir des agissements de toute personne qui, abusant de son autorité, aura tenté d'obtenir des faveurs à caractère sexuel. Les fonctionnaires qui auront relaté ou témoigné sont également protégés.

Aucun fonctionnaire ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.

#### **ARTICLE 212. LIBERTE D'EXPRESSION**

La liberté d'expression est garantie au fonctionnaire, dans le respect d'une part de l'obligation de stricte neutralité, d'autre part du devoir de réserve.

## **ARTICLE 213. LIBERTE SYNDICALE – DROIT DE GREVE**

Le droit syndical est garanti aux fonctionnaires. Les intéressés peuvent librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats, dans le cadre fixé au niveau institutionnel.

Les organisations syndicales assurent la défense de leurs intérêts collectifs et individuels. L'activité syndicale doit se concilier avec le fonctionnement de l'Hôpital NOVO et permettre d'assurer en toutes circonstances les soins et la sécurité des patients.

Chaque agent peut s'affilier, de manière régulière, à l'organisation syndicale de son choix, participer à la vie de son syndicat et a droit, pendant son temps de travail, à une heure mensuelle d'information organisée par une organisation syndicale représentative, sous réserve du bon fonctionnement du service.

L'activité syndicale doit se dérouler en dehors de la présence des patients.

Toute activité politique est interdite dans l'enceinte de l'Hôpital NOVO.

Les fonctionnaires exercent le droit de grève dans le cadre des lois qui le réglementent.

Cependant, pour préserver le principe de la permanence du Service Public, le Directeur Général a la responsabilité de maintenir un service minimum, au besoin par un système d'assignation des personnes.

## **ARTICLE 214. PROTECTION ORGANISEE DES FONCTIONNAIRES**

Les fonctionnaires bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par l'établissement dont ils dépendent, conformément aux règles fixées par le code pénal et les lois spéciales.

Lorsqu'un fonctionnaire a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, l'Hôpital NOVO doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à ce fonctionnaire, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui.

L'Hôpital NOVO est tenu de protéger les fonctionnaires contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté.

(« La collectivité publique est tenue d'accorder sa protection au fonctionnaire ou à l'ancien fonctionnaire dans le cas où il fait l'objet de poursuites pénales à l'occasion de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle »).

## **ARTICLE 215. DROIT D'ACCES A SON DOSSIER ADMINISTRATIF**

Tout fonctionnaire a accès à son dossier individuel dans les conditions définies par la loi. Les demandes doivent être adressées à la Direction des Ressources Humaines.

## **ARTICLE 216. DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL**

Au sein de l'Hôpital NOVO, les diverses dispositions prises relativement au temps de travail et aux droits afférents sont rassemblées dans un vade-mecum disponible auprès de la Direction des Ressources Humaines (Guide du travail).

Le guide du travail est également disponible auprès de l'Encadrement des services.

## **ARTICLE 217. HYGIENE ET SECURITE DES CONDITIONS DE TRAVAIL**

Des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique sont assurées aux fonctionnaires durant leur travail.

## **ARTICLE 218. DROIT A LA FORMATION**

Le droit à la formation professionnelle tout au long de la vie est reconnu aux fonctionnaires, selon les conditions et modalités définies par Décret.

Ceux-ci peuvent être tenus de suivre des actions de formation professionnelle dans les conditions fixées par les statuts particuliers.

Sans préjudice des actions de formation professionnelle prévues par les statuts particuliers, tout agent bénéficie chaque année, en fonction de son temps de travail, d'un droit individuel à la formation. Ce droit est mis en œuvre à l'initiative de l'agent en accord avec son administration. Celle-ci prend en charge les frais de formation.

Les actions de formation suivies au titre du droit individuel à la formation peuvent avoir lieu, en tout ou partie, en dehors du temps de travail. Dans ce cas, les agents bénéficiaires perçoivent une allocation de formation.

Les fonctionnaires peuvent également bénéficier de périodes de professionnalisation comportant des actions de formation en alternance et leur permettant soit d'exercer de nouvelles fonctions au sein d'un même corps ou cadre d'emplois, soit d'accéder à un autre corps ou cadre d'emplois.

---

## Partie IX. Dispositions applicables aux Structures medico-sociales

---

### **ARTICLE 219. APPLICATION DU PRESENT REGLEMENT INTERIEUR AUX SERVICES MEDICO-SOCIAUX DE L'HOPITAL NOVO**

L'hôpital Novo gère des structures médico-sociales au sein de l'article L312-1 du Code de l'Action sociale et des familles.

Ces structures disposent d'outils juridiques contractuels propres que sont le contrat de séjour ou d'accompagnement de l'utilisateur et le règlement de fonctionnement propre à chaque structure médico-sociale.

Le règlement intérieur de l'hôpital est applicable au sein des structures médico-sociales sauf dispositions spécifiques prévues dans les documents susmentionnés.

---

## Partie X. Procédure d'adoption et de modification

---

### **ARTICLE 220. PROCEDURE D'ADOPTION DU REGLEMENT INTERIEUR**

Conformément au CSP, le Conseil de surveillance de l'Hôpital NOVO émet un avis sur le règlement intérieur de l'établissement, tout comme la Commission Médicale d'Etablissement et le Conseil Social d'Etablissement. La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est simplement informée.

### **ARTICLE 221. PROCEDURE DE MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR**

Les modifications à apporter au règlement intérieur du L'Hôpital NOVO sont adoptées dans la même forme et selon la même procédure que celles décrites ci-dessus.

Elles sont proposées par un **Comité de suivi** qui se réunit une fois par an au minimum, pour examiner les projets de mise à jour des rubriques qui sont transmis par les Directions désignées responsables.

Ce comité est composé de l'équipe de Direction.

---

# ANNEXES

---

Annexe 1 : Modalités d'élection de la Commission Médicale d'Etablissement

Annexe 2 : Modalités d'élection de la Commission des Soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Annexe 3 : Charte d'utilisation du système d'information

Annexe 4 : Charte de la personne hospitalisée

Annexe 5 : Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé

Annexe 6 : Charte des Droits et Liberté de la Personne Agée en situation de handicap ou de dépendance

Annexe 7 : Charte des Droits et Liberté de la Personne Accueillie

Annexe 8 : Charte des Droits et Liberté de la Personne Majeure Protégée

## **ANNEXE 1 : MODALITES D'ELECTION DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

Les élections de la COMMISSION MÉDICALE D'ETABLISSEMENT sont organisées par collège. Tous les praticiens appartenant à un collège sont appelés à voter pour les candidats de ce collège.

### **I COMPOSITION**

#### **Collège 1 :**

Les chefs de pôle sont membres de droit de la CME.

#### **Collège 2 :**

Le collège 2 est doté de 34 sièges de titulaires et de 34 sièges de suppléants qui sont répartis entre les différents établissements afin d'assurer la représentativité de la COMMISSION MÉDICALE D'ETABLISSEMENT selon le tableau suivant :

COLLEGE	SITE PONTOISE	SITE BEAUMONT	SITES VEXIN
Titulaires	24	7	3
Suppléants	24	7	3

Le collège 2 est composé des praticiens hospitaliers responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles. Les chefs de service par intérim en fonction à la date de clôture des candidatures sont éligibles à ce collège mais devront, s'ils sont élus, céder leur place dès la nomination du titulaire au 1<sup>er</sup> suppléant de leur pôle.

Chaque électeur vote dans son collège d'appartenance. Il devra au moyen du bulletin de vote prévu à cet effet, sélectionner pour chaque établissement un nombre de candidats inférieur ou égal à celui qui sera prévu dans la répartition arrêtée par le Directeur

#### **Collège 3**

Le collège 3 est doté de 33 sièges de titulaires et de 33 sièges de suppléants qui sont répartis entre les différents établissements afin d'assurer la représentativité de la COMMISSION MÉDICALE D'ETABLISSEMENT selon le tableau suivant :

COLLEGE	SITE PONTOISE	SITE BEAUMONT	SITES VEXIN
Titulaires	24	7	2
Suppléants	24	7	2



Le collège 3 est composé des praticiens hospitaliers non responsables de structures internes.

Chaque électeur vote dans son collège d'appartenance. Il devra au moyen du bulletin de vote prévu à cet effet, sélectionner pour chaque établissement un nombre de candidats inférieur ou égal à celui qui sera prévu dans la répartition arrêtée par le Directeur.

#### **Collège 4**

Le collège 4 est doté de 16 sièges de titulaires et de 16 sièges de suppléants qui sont répartis entre les différents établissements afin d'assurer la représentativité de la COMMISSION MÉDICALE D'ETABLISSEMENT selon le tableau suivant :

COLLEGE	SITE PONTOISE	SITE BEAUMONT	SITES VEXIN
Titulaires	12	3	1
Suppléants	12	3	1

Le collège 4 est composé de :

- Les assistants spécialistes et généralistes et les assistants associés spécialistes et généralistes
- Les praticiens hospitaliers contractuels n'ayant pas de responsabilité
- Les praticiens attachés et les praticiens attachés associés ayant une quotité d'au moins trois demi-journées hebdomadaires dans l'établissement
- Les praticiens cliniciens
- 

Chaque électeur vote dans son collège d'appartenance. Il devra au moyen du bulletin de vote prévu à cet effet, sélectionner pour chaque établissement un nombre de candidats inférieur ou égal à celui qui sera prévu dans la répartition arrêtée par le Directeur

#### **Collège 5**

Il comporte 5 titulaires et 5 suppléants élus par et parmi les sages-femmes titulaires et stagiaires de l'établissement qui sont répartis entre les différents établissements afin d'assurer la représentativité de la COMMISSION MÉDICALE D'ETABLISSEMENT selon le tableau suivant :

COLLEGE	SITE PONTOISE	SITE BEAUMONT
Titulaires	3	2
Suppléants	3	2

Chaque électeur vote dans son collège d'appartenance. Il devra au moyen du bulletin de vote prévu à cet effet, sélectionner pour chaque établissement un nombre de candidats inférieur ou égal à celui qui sera prévu dans la répartition arrêtée par le Directeur

### **Collège 6**

Il comporte des représentants des internes désignés tous les six mois à chaque début de stage par le Président du Directoire après avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la commission de subdivision dont relève l'établissement :

- Un représentant pour les internes en médecine générale
- Un représentant pour les internes de spécialité
- Un représentant pour les internes de pharmacie
- Un représentant pour les internes en odontologie

### **Membres avec voix consultative :**

Assistent également, avec voix consultatives les personnes suivantes :

- Les directeurs des établissements parties ou leur représentant ;
- Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques unifiée de groupement ;
- Le praticien référent de l'information médicale ;
- Un ou plusieurs représentants des praticiens responsables de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- Un représentant des comités techniques des établissements parties, élu en leurs seins ;
- Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement support.

Le président de la Commission Médicale d'Etablissement peut désigner au plus cinq invités représentant les partenaires externes de l'établissement. Ces invités peuvent être permanents. Ils peuvent assister avec voix consultative aux séances de la commission médicale.

Lorsque ces invités sont permanents ou qu'ils assistent avec voix consultative aux séances de la commission médicale, le président de la commission médicale les désigne après accord du directeur de l'établissement.

## **II ELECTEURS ET ELIGIBLES, REGLES D'ELIGIBILITE, SUPPLEANCE**

Nul ne peut être électeur et éligible à plus d'un titre.

Sont électeurs dans le collège correspondant, les personnels rémunérés des trois établissements constituant le , qui à la date de clôture définitive des listes électorales, se trouvent en position d'activité au sein des établissements constituant le , à l'exclusion des personnels en position de mise à disposition totale, de détachement ou de disponibilité dans une autre structure.

Sont éligibles dans le collège correspondant les personnels figurant sur les listes d'électeurs de leur établissement d'affectation, à l'exclusion des personnels en congé de maladie depuis plus d'un an ou en position de congé parental à la date de clôture des listes.

L'appréciation des qualités et des positions respectives de chacun à la date de clôture des inscriptions sur les listes électorales détermine la qualité d'électeur ou d'éligible.

La durée du mandat est fixée à quatre ans renouvelables.

Lorsqu'un membre titulaire démissionne ou cesse d'appartenir en cours de mandat au collège qu'il représente, il est remplacé par le suppléant du même collège qui a obtenu le plus grand nombre de voix. S'il s'agit d'un membre des collèges 2 et 3, le suppléant est choisi parmi ceux de son pôle d'origine.

### **III CANDIDATURE**

Les déclarations de candidature, dûment signées, doivent comporter :

- Nom patronymique et nom d'usage
- Prénoms
- Etablissement Pôle et service d'affectation
- Qualité
- Collège et établissement au titre duquel se présentent les intéressés

Elles sont obligatoirement adressées, au moyen d'un document type, disponible auprès de la direction des Affaires Médicales et devront être transmises :

- Soit en mains propres au bureau des affaires médicales contre remise d'un accusé de réception avant la date limite de dépôt des candidatures
- Soit par lettre recommandée avec accusé de réception au directeur du Centre Hospitalier René Dubos 6 boulevard de l'île de France CS 90079 Pontoise 95503 Cergy Pontoise CEDEX, et réceptionné avant la date limite de dépôt des candidatures

*Les candidats sont néanmoins invités à privilégier la remise en main propre. En effet, s'agissant de la candidature par voie postale seule la date de réception de la candidature figurant sur l'accusé de réception du recommandé fait foi. Ainsi, toute candidature reçue après la date limite, sera considérée comme irrecevable, même si elle est envoyée avant cette date.*

Aucune candidature ne peut être déposée ou retirée après la date limite de dépôt des candidatures.

Il n'est pas fait de distinction entre les candidatures aux sièges de titulaires et de suppléants. Dans l'hypothèse où aucune candidature ne serait recueillie pour un ou plusieurs sièges, ces derniers ne seront pas attribués et demeureront non pourvus pour l'ensemble de la mandature.

### **IV DEROULEMENT DES ELECTIONS**

La convocation ainsi que l'organisation des élections incombent au directeur de l'établissement. En dehors des représentants de internes et des membres qui assistent avec voix consultatives aux réunions de la commission, les sièges sont pourvus pour chaque catégorie de représentants par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à deux tours.

Il est prévu un suppléant pour chaque siège attribué à l'exception du collège 1.

Pour être élu au premier tour de scrutin, le candidat doit réunir la majorité absolue des suffrages exprimés et un nombre de suffrages au moins égal au tiers du nombre des électeurs inscrits.

Si un deuxième tour de scrutin est nécessaire pour un ou plusieurs collèges, l'élection s'effectue alors à la majorité relative, quel que soit le nombre de votants. Si plusieurs candidats obtiennent un même nombre de voix, le plus âgé est réputé élu.

## **V MODALITES DE VOTE**

Le vote se déroulera exclusivement par internet.

Le directeur proclame les résultats et arrête la liste des membres de la commission médicale d'établissement.

## **VI ELECTION DU PRESIDENT ET DU VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION MÉDICALE**

La Commission élit son président et trois vice-présidents (un vice-président pour le site de Pontoise. Le site de Beaumont sur Oise et les sites du Vexin.

Si un chef de pôle souhaite se présenter à la présidence de la COMMISSION MÉDICALE D'ETABLISSEMENT, il devra démissionner de ses fonctions en cas d'élection.

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour devra être organisé. La majorité relative suffit au troisième tour.

En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

Les fonctions de président de la COMMISSION MÉDICALE D'ETABLISSEMENT sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois.

Les fonctions de président de la COMMISSION MÉDICALE D'ETABLISSEMENT prennent fin sur acceptation de sa démission par le président du Directoire ou au terme du mandat de la COMMISSION MÉDICALE D'ETABLISSEMENT qui l'a élu.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la COMMISSION MÉDICALE UNIFIÉE DE GROUPEMENT, la présidence est assurée par le vice- président représentant l'établissement support du jusqu'à l'élection d'un nouveau président.

## **ANNEXE 2 : MODALITES D'ELECTION DE LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES**

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est composée de 30 membres élus. Le nombre de sièges de suppléants à pourvoir est égal, par collège à celui des membres titulaires.

Les élections sont organisées par collège. Chacun des trois collèges comprend un nombre de membres qui ne peut être inférieur à 10 % du nombre total des membres élus de la commission.

### **I COMPOSITION**

#### **Collège des cadres de santé :**

Il est composé 5 sièges de titulaires et de 5 sièges de suppléants élus parmi les cadres et cadres supérieurs de santé qui sont répartis entre les différents sites afin d'assurer la représentativité de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques unifiée de groupement selon le tableau suivant :

COLLEGE	SITE PONTOISE	SITE BEAUMONT	SITES VEXIN
Titulaires	3	1	1
Suppléants	3	1	1

#### **Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques :**

Il est composé de 18 sièges de titulaires et de 18 sièges de suppléants qui sont répartis entre les différents sites afin d'assurer la représentativité de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques selon le tableau suivant :

COLLEGE	SITE PONTOISE	SITE BEAUMONT	SITES VEXIN
Titulaires	11	4	3
Suppléants	11	4	3

### **Collège des aides-soignants :**

Il est composé de 7 sièges de titulaires et de 7 sièges de suppléants qui sont répartis entre les différents sites afin d'assurer la représentativité de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques selon le tableau suivant :

COLLEGE	SITE PONTOISE	SITE BEAUMONT	SITES VEXIN
Titulaires	4	2	1
Suppléants	4	2	1

Dans leur collège d'appartenance, les personnels de chaque catégorie désignent leurs représentants pour leur établissement de rattachement.

### **Membres avec voix consultative :**

Assistent également, avec voix consultatives les personnes suivantes :

- a) Le ou les directeurs des soins qui assistent le président de la commission ;
- b) Les directeurs des soins chargés des instituts de formation et écoles paramédicaux rattachés à l'établissement
- c) Un représentant des étudiants de troisième année nommé par le directeur de l'établissement support sur proposition du directeur de l'institut de formation paramédicale ou des directeurs des instituts de formation s'ils sont plusieurs à être rattachés à l'établissement;
- d) Un élève aide-soignant nommé par le directeur de l'établissement support sur proposition du directeur de l'institut de formation ou de l'école ou des directeurs des instituts de formation ou des écoles s'ils sont plusieurs à être rattachés à l'établissement;
- e) Un représentant de la Commission Médicale d'Établissement

Par ailleurs, toute personne qualifiée peut être occasionnellement associée aux travaux de la commission à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres.

## **II ELECTEURS ET ELIGIBLES, REGLES D'ELIGIBILITE, SUPPLEANCE**

Sont électeurs les fonctionnaires titulaires ou stagiaires et les agents contractuels en fonction dans l'établissement à la date du scrutin.

La durée du mandat des membres élus de la commission est de quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

### **III CANDIDATURE**

Les déclarations de candidature, dûment signées, doivent comporter :

- Nom patronymique et nom d'usage
- Prénoms
- Etablissement, pôle et service d'affectation
- Qualité
- Collège et établissement au titre duquel se présentent les intéressés

Elles sont obligatoirement adressées, au moyen d'un document type, disponible auprès de la direction des soins et devront être transmises :

- Soit en mains propres au secrétariat de la direction des soins ou du secrétariat de la direction des soins de son établissement de rattachement, contre remise d'un accusé de réception avant la date limite de dépôt des candidatures
- Soit par lettre adressée au coordonnateur général des soins, 6 boulevard de l'Ile de France CS 90079 Pontoise 95503 Cergy Pontoise CEDEX, et réceptionné avant la date limite de dépôt des candidatures

*Les candidats sont néanmoins invités à privilégier la remise en main propre. En effet, s'agissant de la candidature par voie postale seule la date de réception de la candidature fait foi. Ainsi, toute candidature reçue après la date limite, sera considérée comme irrecevable, même si elle est envoyée avant cette date.*

Aucune candidature ne peut être déposée ou retirée après la date limite de dépôt des candidatures.

La désignation des titulaires et des suppléants ne donne pas lieu à candidatures distinctes. Dans l'hypothèse où aucune candidature ne serait recueillie pour un ou plusieurs sièges, ces derniers ne seront pas attribués et demeureront non pourvus pour l'ensemble de la mandature.

### **IV DEROULEMENT DES ELECTIONS**

La convocation ainsi que l'organisation des élections incombent au directeur de l'établissement.

En dehors des représentants des membres qui assistent avec voix consultatives aux réunions de la commission, les sièges sont pourvus pour chaque catégorie de représentants par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à un tour.

Il est prévu un suppléant pour chaque siège attribué. La désignation des titulaires et des suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

### **V MODALITES DE VOTE**

Le vote se déroule exclusivement par internet.

Le directeur proclame les résultats et arrête la liste des membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

## **ANNEXE 3 : CHARTE D'UTILISATION DU SYSTEME D'INFORMATION**

### **1. Objet et domaine d'application**

La présente charte a pour objet de définir les règles d'utilisation des moyens informatiques mis à la disposition du personnel de l'Hôpital NOVO, les objectifs sont les suivants :

- Assurer la sécurité du système d'information
- Préserver la confidentialité des données
- Maintenir les performances du système
- Limiter la prolifération erratique des logiciels
- Eviter l'atteinte à des droits privatifs

La sécurité de l'information met en jeu des moyens techniques, organisationnels et humains. Chaque utilisateur de l'information se doit d'avoir une attitude vigilante et responsable afin que les patients bénéficient d'une prise en charge sécurisée et que leur vie privée, ainsi que celle du personnel, soient respectées.

Les règles décrites dans la présente charte s'appliquent à tout le personnel qui utilise les moyens informatiques de l'hôpital, ainsi que tout autre moyen de connexion à distance afin d'accéder, via le réseau informatique, à tout service de communication ou de traitement électronique interne ou externe, y compris l'accès sur l'Internet et ce, directement ou en cascade.

Le non-respect d'une de ces règles est susceptible d'entraîner des mesures disciplinaires internes, conformément au chapitre 7 du présent document, voire, en cas de violation d'un texte législatif ou réglementaire, des poursuites judiciaires. Les diverses lois concernées par ce document sont présumées connues, en particulier celles listées dans le chapitre 4 du présent document.

### **2. Mots clés**

Charte – Informatique – Sécurité – Confidentialité – Droits- Téléphonie

### **3. Définitions/Abréviations**

On appelle "Utilisateur" toute personne, quel que soit son statut, ayant accès ou utilisant les ressources informatiques dans le cadre de son emploi au sein de l'établissement.

La saisie du nom d'utilisateur permet l'identification. La saisie du mot de passe permet l'authentification.

Par « ressources informatiques », on entend :

- Les moyens informatiques matériels : serveurs, ordinateurs, imprimantes, et tout autre équipement informatique et téléphonique ;
- Les logiciels, qu'ils soient sur l'ordinateur de l'utilisateur ou accessibles à distance sur les serveurs de l'établissement (Intranet) ou autres serveurs externes (Internet).

DSI : Direction des Systèmes d'Informations



#### **4. Documents de référence**

- La loi du 6/1/78 dite informatique et liberté ;
- La loi Godfrain du 5 janvier 1988, ou Loi no 88-19 du 5 janvier 1988 relative à la fraude informatique ;
- La loi n°92-685 du 22/07/1992 relative à la fraude informatique (article 323-1 à 323-7 du Code pénal) ;
- La loi du 10/07/91 relative au secret des correspondances émises par voie de télécommunication ;
- La loi n°92-597 du 01/07/1992 la législation relative à la propriété intellectuelle ;
- La loi du 04/08/1994 relative à l'emploi de la langue française ;
- La législation applicable en matière de cryptologie, notamment l'article 28 de la loi du 29/12/90 sur la réglementation des télécommunications dans sa rédaction issue de l'article 17 de la loi du 26/07/96 et par ses décrets d'application du 24/02/98, 23/03/98 et 17/03/99 ;
- La loi n° 98-536 du 1er juillet 1998 concernant la protection juridique des bases de données
- La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;
- La loi n°227-23 du code pénal, qui criminalise le fait, de fixer, d'enregistrer ou de transmettre, en vue de sa diffusion, l'image ou la représentation d'un mineur qui présente un caractère pornographique ;
- La loi relative aux infractions de presse du 29/07/1881, modifiée, sanctionnant notamment la diffamation, le négationnisme, le racisme et les injures et la loi relative aux infractions aux règles de cryptologie du 29/12/1990 modifiée le 26/07/1996

#### **5. Description de la charte**

##### **5.1 Conditions d'accès de l'utilisateur**

L'utilisation des ressources informatiques de l'Hôpital NOVO est soumise à autorisation préalable :

1. Cette autorisation est concrétisée par l'ouverture d'un compte et par l'utilisation d'un poste de travail. A chaque utilisateur relié au réseau informatique interne de l'établissement est associé un compte utilisateur, un mot de passe personnel, et selon la profession une adresse de messagerie électronique.
2. Cette autorisation est strictement personnelle et ne doit en aucun cas être cédée, même temporairement, à un tiers. Les utilisateurs ne doivent pas utiliser des comptes autres que les leurs.
3. L'établissement se réserve le droit de retirer à tout moment cette autorisation et ce, sans préavis.
4. Chaque utilisateur doit user raisonnablement des ressources partagées auxquelles il accède. L'usage de ces ressources est par ailleurs limité à des utilisations professionnelles dans le respect des obligations du paragraphe 5.7 du présent document.
5. Tout droit prend fin lors de la cession, même provisoire, de l'activité professionnelle de l'utilisateur, ou en cas de non-respect des dispositions de la présente charte par l'utilisateur.
6. Les droits peuvent être modifiés (ajoutés ou supprimés) en fonction de l'activité professionnelle (changement de fonctions, mutation, ...)
7. Lors de son départ, l'utilisateur doit restituer à la DSI les matériels mis à sa disposition. Il doit préalablement effacer ses fichiers et données privées (cf. paragraphe 5.7) de son espace de stockage personnel et de sa messagerie. Toute copie de documents professionnels est interdite.

## **5.2 Respect de la confidentialité des informations**

1. Les utilisateurs ne doivent pas tenter de lire, de copier, de divulguer ou de modifier les fichiers d'un autre utilisateur sans y avoir été autorisés.
2. Les utilisateurs doivent s'interdire toute tentative d'interception de communications entre tiers.
3. Les utilisateurs sont tenus au devoir de réserve sur toute information relative au fonctionnement interne de l'établissement qu'ils auraient pu obtenir en utilisant ces ressources informatiques.
4. Les utilisateurs sont tenus de prendre, avec l'aide éventuelle de la DSI et du délégué à la protection des données, les mesures de protection des données nécessaires au respect des engagements de confidentialité pris par l'établissement vis-à-vis de tiers.
5. Les utilisateurs ne doivent divulguer, par quelque moyen que ce soit (téléphone, fax, Internet, ...) aucune information à caractère confidentiel.  
Les fichiers individuels ou collectifs sont confidentiels, même s'ils sont physiquement accessibles. La possibilité matérielle pour un utilisateur de lire un fichier n'implique pas l'autorisation de le consulter.
6. Les utilisateurs ne doivent pas tenter, directement ou indirectement, de lire, modifier, copier ou détruire des données autres que celles qui leur appartiennent en propre.
7. L'utilisateur devra être prudent lors de sollicitations extérieures et veiller à toujours demander l'avis du directeur du pôle ou de la direction générale lors de la réalisation de données statistiques, que ces données soient médicales ou non.

## **5.3 Protection des équipements**

L'établissement met à disposition de chaque utilisateur des postes de travail dotés d'outils informatiques nécessaires à l'accomplissement de ses fonctions.

1. Les utilisateurs ne doivent pas modifier ces équipements et leur fonctionnement, leur paramétrage, ainsi que leur configuration physique ou logicielle.
2. L'utilisateur ne doit pas connecter ou déconnecter du réseau les outils informatiques et de communications sans y avoir été autorisé par l'équipe informatique interne.
3. L'utilisateur ne doit pas déplacer l'équipement informatique (sauf s'il s'agit d'un équipement nomade)
4. Toute installation de logiciels supplémentaires est subordonnée à l'accord du service informatique interne.
5. Les documents bureautiques produits doivent être stockés sur des serveurs de fichiers. Ces espaces sont à usage professionnel uniquement. Le stockage de données privées sur des disques réseau est interdit.
6. Le matériel portable et les supports mobiles ne doivent pas être mis en évidence lors des déplacements et être rangés en lieu sûr.
7. Aucune donnée de santé à caractère personnel de patient ne doit être stockée sur des postes ou périphériques personnels.
8. Les utilisateurs ne doivent pas quitter leur poste de travail sans se déconnecter, en laissant des ressources ou services accessibles.
9. Les utilisateurs doivent être vigilants par rapport aux personnes utilisant leur poste de travail physiquement ou à distance. (Par exemple, un fournisseur)

## 5.4 Règles de sécurité

Tout utilisateur est responsable de l'utilisation qu'il fait des ressources informatiques de l'établissement à partir des comptes qui lui ont été ouverts ou des matériels mis à sa disposition. Il doit donc, en ce qui le concerne et à l'aide des recommandations fournies par la DSI, contribuer à la sécurité du système d'information.

En particulier :

1. Tout utilisateur doit choisir des mots de passe sûrs et conformes à la politique de mots de passe en place (utilisation de chiffres, majuscules, minuscules et caractères spéciaux). Ces mots de passe doivent être gardés secrets, modifiés régulièrement et en aucun cas être communiqués à qui que ce soit ou retranscrit sur un support papier.
2. Tout utilisateur est responsable des ressources auxquelles il a accès.
3. Les utilisateurs ne doivent pas utiliser des comptes autres que ceux pour lesquels ils ont reçu une autorisation. Ils doivent s'abstenir de toute tentative de s'approprier ou de déchiffrer le mot de passe d'un autre utilisateur.
4. L'utilisation et le développement de programmes mettant sciemment, ou risquant de mettre en cause l'intégrité des systèmes informatiques, sont interdits.
5. L'utilisateur ne doit pas modifier les paramètres des logiciels de sécurité (firewall, antivirus...)
6. Sur les sites, tout utilisateur doit respecter les modalités de raccordement des matériels aux réseaux de communication internes et externes, telles qu'elles sont fixées par la DSI. Ces raccordements ne peuvent être modifiés qu'avec son autorisation préalable. Ces modalités couvrent à la fois des aspects matériels (connexion physique) et logiciel (connexion logique)
7. Tout constat de vol/perte de matériel ou de données, d'usurpation d'identité, de détournement de moyen, de réception de messages interdits, de fonctionnement anormal ou de façon plus générale toute suspicion d'atteinte à la sécurité ou manquement substantiel à cette charte doit être signalé au Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information ([RSSI@ght-novo.fr](mailto:RSSI@ght-novo.fr)) et au délégué à la protection des données ([dpo@ght-novo.fr](mailto:dpo@ght-novo.fr)).
8. Les utilisateurs ne doivent pas mettre à la disposition d'utilisateurs non autorisés un accès au système ou aux réseaux, à travers des matériels dont ils ont l'usage.
9. Le contenu des informations véhiculées à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement est sous l'entière responsabilité personnelle de l'émetteur.
10. L'utilisateur doit protéger ses données d'une éventuelle intrusion ; il est responsable des droits qu'il donne aux autres utilisateurs.
11. Toute action susceptible de mettre en cause la sécurité matérielle ou juridique de l'hôpital, de porter atteinte à sa réputation, d'entraîner une baisse notable des performances globales du système ou de constituer pour l'hôpital une gêne quelconque, est interdite.
12. Les utilisateurs ne doivent pas connecter leurs appareils nomades (ordinateurs portables, etc.) à des réseaux publics (aéroport, restaurants, centres commerciaux, etc.) qui sont des réseaux non sécurisés.

## 5.5 Obligations relatives à la propriété des logiciels et des œuvres protégées par le droit d'auteur

L'utilisation des logiciels et plus généralement de tout document (fichier, image, son, vidéos) doit se faire dans le respect de la propriété intellectuelle (loi 92-597 du 1<sup>er</sup> juillet 1992), des recommandations fixées par les détenteurs de droits et des engagements pris par l'Hôpital NOVO (dans les contrats de licences par exemple).

En particulier :

1. La reproduction de logiciel est interdite. Seul l'établissement d'une copie de sauvegarde pourra être autorisé par la DSI.
2. Il est strictement interdit d'installer sur un système de l'établissement un logiciel quelconque, sans en avoir fait la demande auprès de la DSI et obtenu l'autorisation.
3. Le téléchargement ou le stockage d'œuvres protégées, sans autorisation des ayants-droits, est de nature à engager la responsabilité de l'établissement et sont strictement interdits. La DSI se réserve la possibilité d'effacer du Système d'Information toute trace de ces œuvres, introduites dans le Système, en violation des droits de propriété intellectuelle d'autrui.

## **5.6 Obligations relatives aux données personnelles**

Toute constitution, à l'aide des moyens informatiques de l'hôpital ou sur son réseau de traitements de données personnelles doit faire l'objet, préalablement à leur mise en œuvre, d'une déclaration ou d'une demande d'avis auprès du délégué à la protection des données de l'établissement et de la Commission nationale informatique et libertés. (Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

Toute personne utilisant des moyens informatiques mis à sa disposition par l'établissement s'engage à demander l'autorisation du délégué à la protection des données pour posséder ou créer de tels fichiers. Le directeur du pôle concerné effectuera auprès du délégué à la protection des données les démarches nécessaires.

## **5.7 Accès aux ressources informatiques et services Internet**

L'utilisation des ressources informatiques et l'usage des services Internet ainsi que ceux du réseau pour y accéder ne sont autorisés que dans le cadre exclusif de l'activité professionnelle des utilisateurs conformément à la législation en vigueur.

Toutefois, une utilisation ponctuelle et raisonnable, pour un motif personnel, des sites internet dont le contenu n'est pas contraire à la loi, l'ordre public, et ne met pas en cause l'intérêt et la réputation de l'institution, est admise.

Il est rappelé à ce titre, que la navigation sur des sites et/ou la sauvegarde de documents à caractère raciste, pédophile, injurieux, violent, discriminatoire, pornographique, diffamatoire ou manifestement contraire à l'ordre public est punissable conformément aux dispositions en vigueur du code pénal. A ce titre, les traces des connexions à ce type de site font l'objet d'une conservation d'un an, afin de pouvoir les transmettre sur demande aux services de police conformément à l'article 34-1 et R10-13 du code des postes et télécommunications.

L'utilisation des ressources informatiques partagées et la connexion d'un équipement sur le réseau sont en outre soumises à autorisation. Ces autorisations sont strictement personnelles et ne peuvent en aucun cas être cédées, même temporairement, à un tiers. Ces autorisations peuvent être suspendues à tout moment. Toute autorisation prend fin lors de la cessation même provisoire de l'activité professionnelle qui l'a justifiée.

L'établissement met à disposition de chaque utilisateur un espace professionnel qui lui est réservé. L'utilisation de cet espace à titre privé est admise à condition qu'elle demeure raisonnable. Dans cet espace réservé, tout dossier qui comportera la mention [PRIVE] ou [PERSO] ou [PERSONNEL] bénéficiera du droit au respect de la vie privée. A défaut, le dossier est présumé professionnel. Au départ de l'agent, cet espace professionnel réservé pourra être ouvert, conformément au paragraphe 5.9 du présent document. Tout utilisateur est responsable de l'usage des ressources informatiques et du réseau auxquels il a accès. Il a aussi la charge, à son niveau, de contribuer à la sécurité générale de l'hôpital.

Ne sont, notamment, pas autorisés les pratiques suivantes :

- Le téléchargement de vidéos, d'images animées, de banques de son, non liées à l'activité professionnelle de l'utilisateur, conformément au paragraphe 5.5 du présent document ;
- Les forums ne sont autorisés que dans le cadre de groupes de travail reconnus par l'Institution ;
- L'utilisation des réseaux sociaux, non liés à l'activité professionnelle de l'utilisateur.

L'utilisateur doit faire usage des services Internet dans le cadre de ses activités professionnelles dans le respect de la législation en vigueur. Seuls ont vocation à être consultés les sites Internet présentant un lien direct et nécessaire avec l'activité professionnelle, sous réserve que la durée de connexion n'excède pas un délai raisonnable et présente une utilité au regard des fonctions exercées

## **5.8 Utilisation de la messagerie**

La messagerie est réservée à un usage professionnel. **L'usage de la messagerie de l'Etablissement engage sa responsabilité.**

Les utilisateurs doivent faire preuve de la plus grande correction vis-à-vis de leurs interlocuteurs, dans toutes leurs communications, qu'elles soient internes ou externes. Une utilisation privée occasionnelle et raisonnable est tolérée. Dans ce cas, un message à caractère privé doit être identifiable sans ambiguïté et / ou enregistré dans un espace dédié.

Il convient de faire régulièrement le tri et d'évaluer la pertinence de conserver ou non les messages, particulièrement ceux contenant des pièces jointes. La messagerie électronique n'est pas un espace de stockage.

Il est recommandé de ne pas utiliser/divulguer son adresse électronique sur des forums ou sur des sites Internet non professionnels, en raison du risque de virus et de surcharge inutile de la boîte mail.

Les messages à diffusion générale sont interdits. Seule la Direction Générale ou la direction de la Communication ou la DSI peuvent autoriser ou réaliser une diffusion à l'ensemble des utilisateurs déclarés.

## **5.9 Utilisation des matériels et des espaces de stockage**

Tout utilisateur d'une ressource informatique mise à disposition par l'Etablissement doit prendre toutes les dispositions pour éviter le vol ou la détérioration du bien. Ce matériel, de type PC fixe, PC portable, tablette tactile, smartphone, imprimante... est fragile et requiert d'être manipulé de façon adaptée. Les utilisateurs sont sensibilisés aux bons usages des matériels et s'engagent à les manipuler en conséquence.

**Poste de travail** : l'utilisateur s'interdit d'installer des programmes, des matériels ou autres outils informatiques sans l'accord de sa hiérarchie. Le poste professionnel ne peut être utilisé que par le salarié (ou parfois le Service) auquel il a été affecté, pour les finalités professionnelles définies.

**Périphériques amovibles** : les périphériques de type clés USB ou disques durs externes sont proscrits par défaut et peuvent être autorisés sur dérogation du Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information (RSSI). Seul le matériel vérifié et validé par la DSI peut être connecté sur les équipements de l'établissement.

**Imprimantes** : l'utilisateur est responsable du bon usage des imprimantes et responsable des données qu'il imprime. Il doit être attentif à l'imprimante sélectionnée et doit s'assurer de ne pas laisser à la vue de tous les documents sensibles imprimés.

**Téléphones** : les téléphones sont limités à un usage strictement professionnel.

### **Usage des Smartphones**

Seuls les téléphones portables fournis par l'établissement peuvent être connectés au réseau et donc accéder à certaines applications internes au système d'information de l'Hôpital NOVO, sur autorisation de la Direction des Systèmes d'Informations de l'établissement.

### **Objets communicants**

En règle générale, aucun objet communicant (Smartphone, Montre, Bracelet, Carte à puce...) ni aucun objet connecté de santé (DM, DMI ou objet en test) ne peut être connecté au réseau sans l'aval de la DSI, qui aura procédé à toutes les vérifications nécessaires à la validation du dispositif.

### **Applications en ligne**

Les applications en lignes, téléchargées gratuitement ou achetées sur les stores (Google, Apple, Microsoft...) à caractère médical ne peuvent être utilisées et intégrées aux processus de soins sans qualification par la DSI et un ou plusieurs Médecins désignés. L'usage non déclaré de ce type d'application, sans assurance de respect des critères d'intégrité, de confidentialité, de disponibilité et de traçabilité, sans connaissance détaillée des conditions générales de vente ou d'usage, engage la responsabilité du professionnel de santé usager. Toute connexion sans autorisation de périphériques (DD, Clé USB, WEBCAM...) ou d'ordinateur personnel est interdite.

**Espaces de stockage** : l'utilisateur doit, dans la mesure du possible, maîtriser ses espaces de stockage (pas de doublons, organisation efficace et lisible). Il doit veiller à n'y stocker que des données ayant une valeur professionnelle. Une tolérance est acceptée en ce qui concerne les disques durs des ordinateurs, où l'utilisateur peut définir un espace personnel explicite. Afin de ne pas saturer les espaces de stockage, il convient d'y faire régulièrement le tri et de réévaluer la pertinence des données conservées.

Enfin, il est rappelé que **l'ensemble des documents professionnels doit être stocké sur les espaces réseau dédiés**, sécurisés et sauvegardés, et non pas sur les disques durs des postes de travail, non sécurisés et non sauvegardés.

## 5.10 Téléphonie

L'Hôpital NOVO met à disposition des utilisateurs, pour l'exercice de leur activité professionnelle, des téléphones fixes et/ou mobiles.

Des restrictions d'utilisation des téléphones fixes et portables (par exemple, certains postes sont limités aux appels nationaux) sont mises en place en tenant compte des missions de l'utilisateur.

L'utilisation du téléphone à titre privé est admise de manière exceptionnelle et à condition qu'elle demeure raisonnable et conforme au bon fonctionnement de l'établissement.

## 6. Surveillance du Système d'information

La DSI met en œuvre des moyens permettant :

- Le filtrage de sites internet non autorisés à caractère pornographique, xénophobe, etc.
- L'interdiction de télécharger des logiciels
- Le contrôle a posteriori des données de connexion à Internet
- L'élaboration de fichiers de journalisation des connexions afin de garantir une utilisation normale des ressources
- La « prise de mains à distance » pour détecter et réparer les pannes à distance du poste de travail

L'établissement tente d'assurer une traçabilité sur l'ensemble des accès aux applications et aux ressources informatiques qu'elle met à disposition pour des raisons d'exigence réglementaire de traçabilité, de prévention contre les attaques et de contrôle du bon usage des applications et des ressources.

Par conséquent, les applications de l'établissement, ainsi que les réseaux, messagerie et accès Internet intègrent de plus en plus des dispositifs de traçabilité pouvant enregistrer :

- L'identifiant de l'utilisateur
- La date et l'heure de la connexion
- Le système auquel il est accédé
- Le type d'opération réalisée
- Les informations ajoutées, modifiées ou supprimées des bases de données en réseau et/ ou des applications de l'hôpital
- La durée de la connexion (notamment pour l'accès Internet)

Le personnel de la DSI respecte la confidentialité des données et des traces auxquelles ils sont amenés à accéder dans l'exercice de leur fonction, mais peuvent être amenés à les utiliser pour mettre en évidence certaines infractions commises par les utilisateurs, notamment dans le cadre des règles décrites dans le paragraphe 5.5 du présent document.

A des fins de maintenance informatique, la DSI peut accéder à distance à l'ensemble des postes de travail. Cette intervention s'effectue avec l'autorisation expresse de l'utilisateur.

Dans le cadre de mises à jour et évolutions du système d'information, et lorsqu'aucun utilisateur n'est connecté sur son poste de travail, le service informatique peut être amené à intervenir sur l'environnement technique des postes de travail. Il s'interdit d'accéder aux contenus.

Pour des nécessités de maintenance et de gestion, l'utilisation des ressources matérielles ou logicielles, les échanges via le réseau, ainsi que les rapports des télécommunications peuvent être analysés et contrôlés dans le respect de la législation applicable.

## **7. Sanctions**

Les principes posés par la présente Charte visent, en premier lieu, à informer les salariés du mode d'utilisation des technologies de l'information et de la communication mises à leur disposition dans le respect des droits et devoirs qui leur incombent.

Dans l'hypothèse où des manquements au respect de cette Charte seraient constatés, l'Etablissement se réserve le droit de mettre en œuvre, à l'égard des utilisateurs concernés, des sanctions disciplinaires proportionnelles à la gravité des faits constatés.



## **ANNEXE 4 : CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE**

1. Toute personne est libre de choisir l'Hôpital NOVO de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque Hôpital NOVO. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes en situation de handicap.
2. L'Hôpital NOVO garantit la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.
3. L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.
4. Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.
5. Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
6. Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.
7. La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'Hôpital NOVO après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.
8. La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.
9. Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.
10. La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.
11. La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque Hôpital NOVO, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'Hôpital NOVO pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

## **ANNEXE 5 : CHARTE EUROPEENNE DES DROITS DE L'ENFANT HOSPITALISE**

1. L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.
2. Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.
3. On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.
4. Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.
5. On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.
6. Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.
7. L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.
8. L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.
9. L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.
10. L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

## **ANNEXE 6 : CHARTE DES DROITS ET LIBERTE DE LA PERSONNE AGEE** **EN SITUATION DE HANDICAP OU DE DEPENDANCE**

### **Article 1er : Choix de vie**

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

### **Article 2 : Cadre de vie**

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

### **Article 3 : Vie sociale et culturelle**

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

### **Article 4 : Présence et rôle des proches**

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

### **Article 5 : Patrimoine et revenus**

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

### **Article 6 : Valorisation de l'activité**

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

### **Article 7 : Liberté d'expression et liberté de conscience**

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

### **Article 8 : Préservation de l'autonomie**

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

### **Article 9 : Accès aux soins et à la compensation des handicaps**

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

### **Article 10 : Qualification des intervenants**

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes patients chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

### **Article 11 : Respect de la fin de vie**

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

### **Article 12 : La recherche : une priorité et un devoir**

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

**Article 13 : Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable**

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

**Article 14 : L'information**

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

## **ANNEXE 7 : CHARTE DES DROITS ET LIBERTE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE**

### **Article 1er : Principe de non-discrimination**

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

### **Article 2 : Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté**

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

### **Article 3 : Droit à l'information**

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'Hôpital NOVO, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usager œuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation.

La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

### **Article 4 : Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne**

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un Hôpital NOVO ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;

2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti. Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'Hôpital NOVO, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les Hôpital NOVO ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

### **Article 5 : Droit à la renonciation**

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

### **Article 6 : Droit au respect des liens familiaux**

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les Hôpital NOVO et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

### **Article 7 : Droit à la protection**

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

### **Article 8 : Droit à l'autonomie**

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

### **Article 9 : Principe de prévention et de soutien**

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

### **Article 10 : Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie**

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

**Article 11 : Droit à la pratique religieuse**

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des Hôpital NOVO ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des Hôpital NOVO et services.

**Article 12 : Respect de la dignité de la personne et de son intimité**

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti. Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

## **ANNEXE 8 : CHARTE DES DROITS ET LIBERTE DE LA PERSONNE MAJEURE PROTEGEE**

### **Article 1er : Respect des libertés individuelles et des droits civiques**

Conformément à l'article 415 du code civil, la mesure de protection juridique est exercée dans le respect des libertés individuelles et des droits fondamentaux et civiques de la personne.

Conformément à l'article L. 5 du code électoral, le droit de vote est garanti à la personne sous réserve des décisions de justice.

### **Article 2 : Non-discrimination**

Nul ne peut faire l'objet d'une discrimination en raison de son sexe, de l'origine, de sa grossesse, de son apparence physique, de son patronyme, de ses caractéristiques génétiques, de ses mœurs, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions ou croyances, notamment politiques ou religieuses, de ses activités syndicales, de son appartenance ou de sa non- appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée lors de la mise en œuvre d'une mesure de protection.

### **Article 3 : Respect de la dignité de la personne et de son intégrité**

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti. Le droit à l'intimité est préservé.

Il est garanti à la personne la confidentialité de la correspondance privée reçue à son attention par le mandataire judiciaire à la protection des majeurs. Cette correspondance lui est remise. La correspondance administrative reçue à son attention par le mandataire judiciaire à la protection des majeurs est également mise à sa disposition.

### **Article 4 : Liberté des relations personnelles**

Conformément à l'article 459-2 du code civil, la personne entretient librement des relations personnelles avec les tiers, parent ou non, et a le droit d'être visitée et, le cas échéant, hébergée par ceux-ci, sauf décision contraire du conseil de famille ou du juge en cas de difficulté.

### **Article 5 : Droit au respect des liens familiaux**

La mesure de protection juridique s'exerce en préservant les liens familiaux et tient compte du rôle de la famille et des proches qui entourent de leurs soins la personne tout en respectant les souhaits de la personne protégée et les décisions du conseil de famille ou du juge.

### **Article 6 : Droit à l'information**

La personne a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur :

- la procédure de mise sous protection ;
- les motifs et le contenu d'une mesure de protection ;
- le contenu et les modalités d'exercice de ses droits durant la mise en œuvre de cette procédure ainsi que sur l'organisation et le fonctionnement du mandataire judiciaire à la protection des majeurs, en particulier s'il s'agit d'un service.

La personne est également informée des voies de réclamation et de recours amiables et judiciaires.

Elle a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi et, le cas échéant, selon des modalités fixées par le juge.

### **Article 7 : Droit à l'autonomie**

Conformément à l'article 458 du code civil, « sous réserve des dispositions particulières prévues par la loi, l'accomplissement par la personne des actes dont la nature implique un consentement strictement personnel ne peut jamais donner lieu à assistance ou représentation ».



Conformément à l'article 459 du code civil, « dans les autres cas, la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet ».

Conformément à l'article 459-2 du code civil, la personne a la possibilité de choisir son lieu de résidence, sauf décision contraire du conseil de famille ou du juge.

### **Article 8 : Droit à la protection du logement et des objets personnels**

Conformément à l'article 426 du code civil, « le logement de la personne et les meubles dont il est garni, qu'il s'agisse d'une résidence principale ou secondaire, sont conservés à la disposition de celle-ci aussi longtemps qu'il est possible. Les objets à caractère personnel indispensables à la personne handicapée ou destinés aux soins de la personne patient sont gardés à sa disposition, le cas échéant par l'Hôpital NOVO dans lequel elle est hébergée. ».

### **Article 9 : Consentement éclairé et participation de la personne**

Dans le respect des dispositions légales et réglementaires ainsi que des décisions du conseil de famille ou du juge :

- le consentement éclairé de la personne est recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation et en veillant à sa compréhension, des conditions d'exercice et des conséquences de la mesure de protection juridique ;
- le droit de participer à la conception et à la mise en œuvre du projet individuel de protection est garanti.

### **Article 10 : Droit à une intervention personnalisée**

Dans le cadre de la mise en œuvre de la mesure de protection, la personne bénéficie d'une intervention individualisée de qualité favorisant son autonomie et son insertion. La situation de la personne fait l'objet d'une évaluation régulière afin d'adapter le plus possible l'intervention à ses besoins.

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la mise en œuvre de la mesure de protection sont prises en considération.

### **Article 11 : Droit à l'accès aux soins**

Il est garanti à la personne l'accès à des soins adaptés à son état de santé.

### **Article 12 : Protection des biens dans l'intérêt exclusif de la personne**

La protection des biens est exercée en fonction de la situation ou de l'état de la personne et, conformément à l'article 496 du code civil, dans son seul intérêt.

Conformément au même article du code civil, les actes relatifs à la protection des biens de la personne font l'objet de soins prudents, diligents et avisés.

Sauf volonté contraire exprimée par la personne protégée, les comptes ou les livrets ouverts à son nom, et sous réserve des dispositions légales et réglementaires ainsi que des décisions du conseil de famille ou du juge, sont maintenus ouverts.

Conformément à l'article 427 du code civil, « les opérations bancaires d'encaissement, de paiement et de gestion patrimoniale, effectuées au nom et pour le compte de la personne, sont réalisées exclusivement au moyen des comptes ouverts à son nom », sous réserve des dispositions légales et réglementaires, notamment celles relatives à la comptabilité publique. « Les fruits, produits et plus-values générés par les fonds et les valeurs appartenant à la personne lui reviennent exclusivement ».

### **Article 13 : Confidentialité des informations**

Il est garanti à la personne et à sa famille le respect de la confidentialité des informations les concernant dans le cadre des lois existantes et sous réserve des décisions du juge.